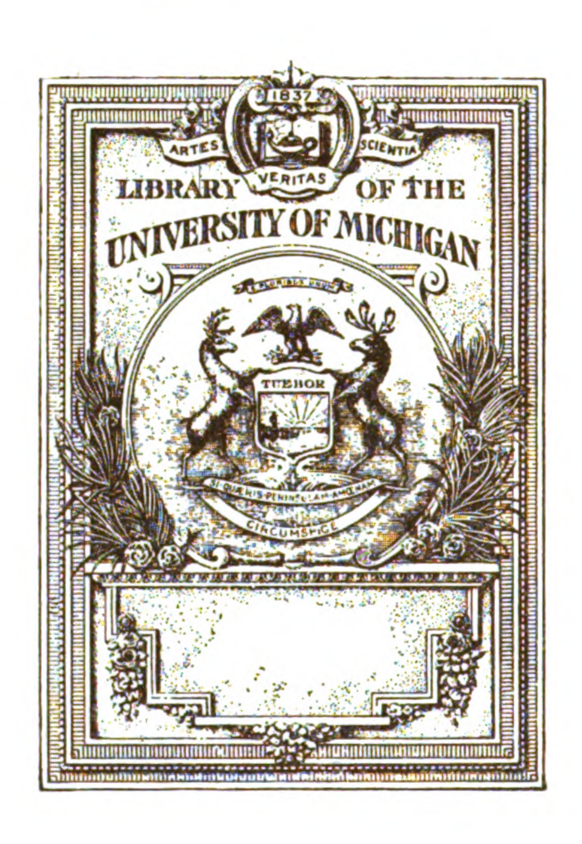




1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE





OTTO HARRASSOWITZ
BUCHHANDLUNG
LEIPZIG

Zentralblatt
für
Chirurgische und Mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

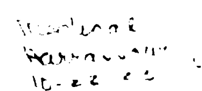
Band V.

Mit zahlreichen Abbildungen im Text und 3 Tafeln.



BERLIN 1911
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 15.

Druck von H. Klöppel, Quedlinburg.



Verzeichnis der Original-Arbeiten.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. Januar 1911. Heft 1.

(Aus der orthopädischen Universitäts-Poliklinik, München,
Vorstand: Professor Lange.)

Zur Behandlung der Hammerzehen.

Von
Dr. R. PÜRCKHAUER, München.

Mit der Behandlung der Hammerzehen quälen sich Ärzte und Patienten oft lange Zeit, ohne zu einem befriedigenden Resultat zu gelangen. Selbst Hoffa gibt resigniert zu, dass er trotz vieler Mühe nur selten Erfolg gehabt hat.

Wir können in diese Klage Hoffa's nicht einstimmen, freuen uns vielmehr unsere, mit diesen Zehendeformitäten gequälten, oft der Verzweiflung nahen Patienten auf eine einfache Weise rasch von ihren Beschwerden befreien zu können.

Die von Prof. Lange seit mehreren Jahren benützte Zehenplatte ist ähnlich der von Thilo angegebenen Einschubsohle; unterscheidet sich von derselben nur dadurch, dass sie angenehmer zu tragen, kleiner und dauerhafter ist.

Wir zeichnen uns die Umrisse des auf einem Blatt Papier stehenden Vorderfusses mit den gut ausgebreiteten einzelnen Zehen genau auf, übertragen diese Zeichnung auf ein Stück gewalktes 2 mm starkes Rindleder, und schneiden dieses der Zeichnung entsprechend aus. Auf der Rückseite des Lederplättchens wird mit Aceton-Celluloid ein etwas kleineres Stück Drahtgaze aufgezogen und auf dieses wiederum 5 Stück der Grösse und der Lage der einzelnen Zehen entsprechende Blanchettestäbchen mit Celluloid eingebettet. Diese werden mit in Aceton-



Celluloid getränkten Gurten bedeckt und das Ganze mit Waschleder überzogen. Auf dieses nun fertige Zehenplättchen zeichnen wir uns die Umrisse der betreffenden verkrüppelten Zehe und schneiden zwei, der Länge und Breite der ersten Phalange entsprechenden Schlitze durch das Plättchen.

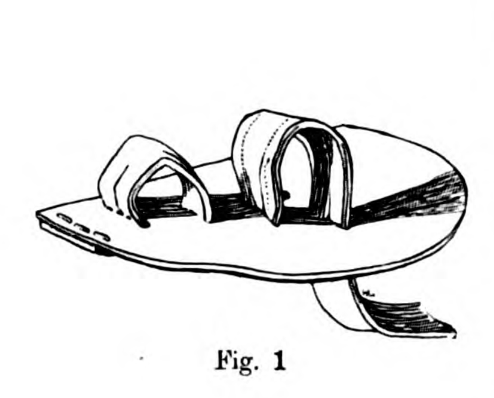


Fig. 1

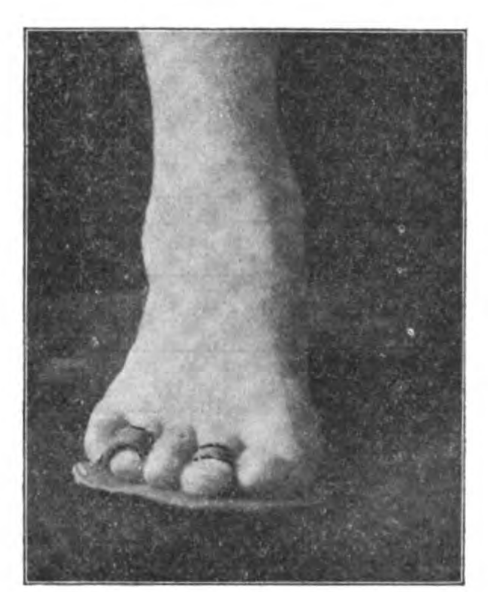


Fig. 2

Durch diese Schlitze werden genau ebenso breite Stücke Kalbsleder gezogen, mittels deren man die Zehen-Phalange nach unten ziehen kann. Die Enden des dünnen Kalbslederstreifens liegen an der Sohlenfläche des Zehenplättchens an. Wichtig ist, dass die Schlitze für die Lederstreifen so eng sind, dass die letzteren nur mit Mühe durchzuziehen sind.

Bei Bedarf können mehrere oder verschiedene einzelne Zehen gepackt werden. Um eine Hebung der meist plantarwärts gerichteten Phalanx zu erreichen, kann man unter der betreffenden Zehenspitze ein keilförmig zugespitztes Filzstückchen auf das Zehenplättchen anbringen. Dadurch kann man ein noch ausgiebigeres Abwärtsziehen der ersten Phalanx bewirken und einem harten Aufliegen der Zehenspitzen entgegenarbeiten.

Gegen die sehr häufig bestehenden Hühneraugen, Schwielen, fistelnden Schleimbeutel etc. kann man entsprechende Filzringe auf der Innenseite des Lederbandes anbringen.

Das Zehenplättchen reicht bis zum Vorderfussballen, wird direkt am Fuss im Strumpf getragen und findet in jedem einigermassen breiten Schuh Platz.



Die Wirkung des Zehenplättchens wird von allen Patienten als äusserst wohltuend empfunden. Durch derartige einfache und Erleichterung bringende Bandagen haben wir uns manchen dankbaren Patienten erworben. Ganz ähnlich verfahren wir auch bei den ebenso unangenehmen hallux varus und valgus.

Beiliegende Zeichnungen veranschaulichen die Wirkung des Zehenplättchens.

Atlas und Grundriss der Verbandlehre für Studierende und Aerzte, von A. Hoffa-Grashey. (Vierte, wesentlich vermehrte Auflage mit 170 Tafeln und 134 Textabbildungen. München. 1910. J. F. Lehmann. Preis 10 Mark.)

In vorzüglicher Weise hat Grashey das überall gekannte und geschätzte Hoffa'sche Buch zu überarbeiten verstanden. Die Tafeln und Abbildungen sind nicht nur beträchtlich vermehrt und verbessert worden, sie haben auch eine andere Gruppierung erfahren.

Die erste Abteilung umfasst die typischen Uebungsverbände mit Leinenbinde und Verbandtuch, der zweite Teil behandelt die eigentlichen Verbände, Bandagen und Apparate.

Den nach der Natur reproduzierten Tafeln ist nicht nur ein erläuternder Text beigegeben, sondern meist noch eine schematische Skizze, welche die Reihenfolge der Bindentouren aufs deutlichste zu verfolgen gestattet. Im speziellen Teil haben wichtige Neuerungen Aufnahme gefunden, ohne dass durch erschöpfende Wiedergabe aller technischen Modifikationen die Uebersichtlichkeit verloren ging.

Wer sich selbst oder andere in der Verbandlehre unterrichten will, wird das Buch als unentbehrlichen Ratgeber dankbar immer wieder zur Hand nehmen.

Text wie Illustration sind gleich lehrreich nnd mustergültig.

Vulpius-Heidelberg.

---

1) **Hugo Fischer.** Zur Frage der Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes. (Prager med. Woch. 1910 Nr. 12.)

Verf. schildert das an C. Bayers Abteilung übliche Vorgehen: Die Hände werden zuerst mit heissem Wasser, Seife und Bürste, dann in Sublimat 1 : 1000 gewaschen, jedoch ohne die Epidermis zum Aufquellen zu bringen, sodann mit Benzin abgerieben. Wiederholtes Waschen während der Operation in sterilem Wasser. Handschuhe werden nur bei eitrigen Prozessen verwendet. Versenkte Nähte werden mit nassem Sublimattupfer berührt und dann mit Jodo-



form leicht eingestäubt. Die Haut des Operationsfeldes wird nach Seifenbad am Vortage gleich den Händen behandelt.

Die Ausführungen gipfeln in den Sätzen:

„Eine ideale Aseptik ist ein pium desiderium, das auch heute noch nicht erreicht ist und wohl kaum je erreicht wird."

„Vernünftige Antiseptik ist rationeller als eingebildete Aseptik, die es nicht ist."

Bezüglich weiterer Detailausführungen, besonders inbezug auf den Einfluss der chirurgischen Technik auf den Wundverlauf muss auf das Original verwiesen werden. **Carl Springer**-Prag.

2) **Zweifel.** Erfahrungen mit Lumbalanästhesie. (Diss. Leipzig. 1910.)

Nachdem Verf. die verschiedenen Arten der Narkosen besprochen hat, geht er auf die von Bier angegebene Lumbalanästhesie genau ein. Er schildert den Vorgang der Lumbalanästhesie, wie sie in der Universitätsklinik zu Leipzig gehandhabt wird. Alsdann vergleicht er die Ergebnisse der genannten Klinik mit denen einiger anderer Anstalten und kommt auf die Nach- und Nebenerscheinungen dieser Narkose zu sprechen. Am Schluss seiner Arbeit führt Verf. Vor- und Nachteile der Lumbalanästhesie gegenüber der Inhalationsnarkose an. Als Nachteile gibt er einmal einen Versager der Technik auch bei genauester Einhaltung an, zum andern die Nacherscheinungen, die bisweilen recht quälender Art sind. Sie lassen sich nicht mit Sicherheit vermeiden. Als Hauptvorteil erwähnt er, dass sich die Kranken im allgemeinen schneller erholen, und dass das Erbrechen nach Lumbalanästhesie viel seltener ist als nach Chloroform-Äthernarkose. Als Hauptanästheticum wird seit Ende 1908 Novocain verwendet. **Blencke**-Magdeburg.

3) **Herbert Waterhouse.** Certain subjects of surgical interest. (Brit. med. Journ. 9. Juli 1910.)

Sterilization of the Skin by alkoholic solution of iodine. W. empfiehlt sehr die Hautsterilisation mit 2% Jod (rectificiertem) — Spiritus. Methylspiritus ist nicht anzuwenden, da er die Conjunctiva stark irritiert.

Induced hyperaemia, with special reference to tuberculous disease of the tarsus. Heilung schwerer Tarsustuberkulose mittelst Bier'scher Stauung kombiniert mit Jodglyzerininjektionen.

Wiring of simple fractures. W. empfiehlt als Methode der Wahl bei Frakturen mit starker Verkürzung offene Reposition mit einfacher Naht. **Mosenthal**-Berlin.



4) **Hoeftmann** (Königsberg). Beziehungen der orthopädischen Chirurgie zur Arbeiterschutzgesetzgebung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 268.)

Sowohl die Unfallgesetzgebung wie die Alters- und Invalidenversicherung haben der orthopädischen Chirurgie mancherlei Anlass zur Betätigung gegeben. Verf. führt einige Fälle der Art an: Erhöhung der Arbeitsfähigkeit durch Schienenhülsenapparat bei einer Pseudarthrose des Oberarms, Heilung einer schweren Kniezertrümmerung noch nach längerer Zeit durch Extension und Massage. Für Behandlung der Unterschenkelgeschwüre empfiehlt H. sehr den Zinkleimverband, bei Varicen die Trendelenburgsche Operation oder in nicht operabelen Fällen eine leichte Bandage, welche die Vene komprimiert und so gewissermassen eine künstliche Klappe bildet. Bei Plattfüssen benutzt Verf. für Arbeiter Stahlsohlen mit Lederfütterung, für Kinder und bessere Patienten Korkeinlagen mit leichter Stahlverstärkung. Bei Peroneuslähmung wirkt ein Gummizug, der zwischen einer Fuss- und Unterschenkelmanschette ausgespannt ist, günstig für die Abwicklung des Fusses.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

5) **E. Heller.** „Ueber freie Transplantation" 1901—1909 (ausschliesslich der Transplantation mittelst der Gefässnaht). (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. 1. Bd. p. 132.)

Unter den grossen Sammelreferaten, wie sie die einzelnen Beiträge der Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie darstellen, berichtet Verf. über die freie Transplantation, die freie Verpflanzung lebender Körperteile. Diese können sein: 1.) Die verschiedenen Gewebe des Körpers (Haut, Schleimhaut, Fascien, Sehnen, Periost, Knorpel, Knochen und schliesslich Gelenke). 2.) Organteile oder ganze Organe (Schilddrüse, Epithelkörperchen, Geschlechtsdrüsen).

Für den Orthopäden am wichtigsten sind die Transplantation von Fascie. Sehnen. Periost, Knochen und Gelenken. Die Grundlagen der Fascientransplantation sind von Kirschner experimentell erforscht u. mehrfach klinisch verwertet worden. Ueber die freie Sehnentransplantation berichtet besonders Rehn (Königsberg). Die Periosttransplantation wird in erster Linie zur Behandlung von Pseudarthrosen verwendet. Bezüglich der Knochentransplantation haben neuere Untersuchungen über Resorption resp. Regeneration ergeben, dass die Transplantation des lebenden auto- oder homoplastischen Knochenmateriales der Verwendung des toten oder artfremden Knochens überlegen ist. Praktisch ist die Knochentrans-



plantation schon vielfach verwendet worden zur Behandlung der Spina ventosa und besonders zur Deckung grosser Defekte der langen Röhrenknochen. Auch die Knochenbolzung Lexer's gehört hierher, die zur Behandlung von Pseudarthrosen und zur Versteifung von paralyt. Gelenken dient. Unter den Knochentransplantationen am weitestgehenden ist die Transplantation von Gelenkteilen oder ganzen Gelenken nach Lexer. Die dabei zu beachtenden Regeln sind von Lexer genau festgelegt.

Die Knorpeltransplantation kommt in Anwendung zur Mobilisierung versteifter Gelenke oder zu plastischen Zwecken. (Rhino-Blepharo-plastik.)

Balsch-Heidelberg.

6) **Hamburger** (Vienna). Tuberkulose im Kindesalter. (Brit. med. Journ. 9. Juli 1910.)

H. untersuchte an einem Wiener Hospital die Kinder, die an Scharlach oder Diphtherie erkrankt waren, auf Tuberkulose. Bei den Untersuchungen wurde erst Pirquet gemacht, war dieser negativ, so wurde nach 3 Tagen eine 1 mg. Tuberkulininjektion gegeben, wenn diese innerhalb 3 weiteren Tagen eine positive lokale Reaktion gab, so wurde der Fall als tuberkulös angesehen, positiver Pirquet wurde ebenfalls als tuberkulös angenommen. Auf diesem Wege fand er mit Monti, dass unter 532 Kindern 271 positiv reagierten und zwar Kinder im 1. Lebensjahr 2%, der Prozentsatz steigerte sich bei Kindern von 11—14 Jahren auf 94%, so dass er annimmt, dass fast alle Kinder (wenigstens in Wien), die über 14 Jahre alt sind, tuberkulöse Herde haben. Er folgert weiter, dass die Tuberkulose bei Kindern verhältnismässig harmlos sei, was daraus hervorgeht, dass im 1. Lebensjahr zwar 70%, aber im 11.—14. Jahr nur 1% an Tuberkulose sterben. Die Prognose der Tuberkulose wird also im steigendem Alter besser und es sei ein Unterschied zwischen Tuberkuloseninfektion und Tuberkulosenerkrankung zu machen.

Mosenthal-Berlin.

7) **Hans Burckhardt** (Königsberg). Bakteriologische Untersuchungen über chirurgische Tuberkulosen, ein Beitrag zur Frage der Verschiedenheit der Tuberkulose des Menschen und der Tiere. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 106. Bd. 1.—3. Heft.)

Verfasser gibt folgende Zusammenfassung der experimentellen Ergebnisse seiner Arbeit: Im ganzen wurden nach der Methode des Reichsgesundheitsamtes 52 Stämme von Tuberkelbazillen gezüchtet, 49 vom Menschen, 3 vom Tier. Die 49 Stämme vom Menschen



wurden gewonnen aus 49 ohne Auswahl übernommenen Fällen von chirurgischer Tuberkulose der verschiedensten Altersklassen. Unter diesen 49 Fällen wurden 5 Fälle von Typus bovinus gefunden, darunter 3 Gelenkfälle, worunter einer beim Erwachsenen. — Die 5 Fälle von Bovinustuberkulose haben sich klinisch und anatomisch nicht unterscheiden lassen von den Humanusfällen. Nur gehörten die ersteren durchweg zu den sehr günstig verlaufenen Fällen. Auch waren bei den 3 durch Bovinus bedingten Fällen von Gelenkerkrankungen keine erheblichen Knochenherde zu finden, wie sie bei allen Humanusfällen ausser einem vorhanden waren.

Der Kulturversuch erlaubt in den meisten Fällen eine Trennung in die beiden Typen. Entscheidend für die Typentrennung ist erst der Tierversuch, und zwar am Kaninchen durch subepidermoidale Injektion von 10 mg. Reinkultur.

Alle mit 10 mg. geimpften Tiere gehen bei Typus bovinus vor Ende des 4. Monats an Tuberkulose der Lungen, Nieren und regionären Drüsen zugrunde. Es bestehen genügend Anhaltspunkte, dass bei Impfung mit Humanusbazillen die Mehrzahl der Tiere, vielleicht erst nach langer Zeit, an Tuberkulose zugrunde geht.

Die Humanustuberkulose des Kaninchens steht, weit mehr als die Bovinustuberkulose, der Tuberkulose des Menschen nahe.

Der Unterschied des Befunds bei Humanustieren gegenüber den Bovinustieren ist der, dass keine Drüsenerkrankungen auftreten, nur ganz selten Nierenerkrankungen, die Krankheitsdauer das Ende des 4. Monats weit überschreitet und die Lungenherde anatomisch andere sind.

Charakteristisch für die Kaninchenvirulenz der Humanusstämme ist, dass sie durchweg geringer ist als die der Bovinusstämme und dass sie im Gegensatz zu der der Bovinusstämme bei ein und demselben Stamme sehr wechselnd sein kann gegenüber verschiedenen Versuchstieren.

Zander-Heidelberg.

8) **Merlani** (Rom). Ricerche sperimentali sulla produzione di cartilagine nel processo di guarigione delle fratture. (Il Policlinico, Anno XVII. fasc. 12.)

Aus Versuchen an Kaninchen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1. In dem Callus, der sich nach Frakturen der Knochen knorpeligen Ursprungs und zwar sowohl der langen Röhren — wie der platten Knochen bildet, ist der Knorpel konstant vorhanden; in dem der Knochen bindegewebigen Ursprungs fehlt konstant jede Spur davon.



2. Die Bewegung hat einen dreifachen Einfluss:
a) Sie beschleunigt das Auftreten von Knorpelgewebe,
b) regt eine stärkere Produktion desselben an,
c) bedingt eine längere Persistenz desselben.

3. Die rhytmische regelmässige Bewegung führt zu einer weniger frühzeitigen, aber dauerhafteren Knorpelproduktion als die brüske und unregelmässige Bewegung der Stümpfe.

4. Das Knorpelgewebe entsteht vorwiegend aus dem Periost.

5. Das Knorpelgewebe des Callus bildet sich zum Teil zurück, zum Teil verknöchert es: die Verknöcherung ist ausschliesslich eine neoplastische. **Buccheri**-Palermo.

9) **De Gaetano** (Neapel). Processo di riparazione delle fratture quando siano soppresse alcune delle sorgenti osteoblastiche che concorrono alla formazione del callo osseo. (Il Tommasi, Anno 5. Nr. 6.)

Durch eine Reihe von experimentellen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass, wenn aus Mangel an osteoblastischen Quellen der Verknöcherungsprozess sich bei den Frakturen nicht vollziehen kann, man die Pflicht hat, rechtzeitig durch geeignete, am besten homologe Einpflanzungen vorzusorgen.
Buccheri-Palermo.

10) **Ligario** (Genua). Le fratture nei bambini. (La Medicina Italiana 1910. Nr. 15.)

Verf. zeigt, dass die Behandlung einer Fraktur sich nicht auf die Anlegung eines Verbandes beschränken darf, der dann nach einem gegebenen Zeitraum abgenommen wird. Es ist notwendig, die Konsolidierung zu überwachen und dafür zu sorgen, dass keine sekundären Komplikationen zu der Fraktur und in der Nachbarschaft des Herdes auftreten. **Buccheri**-Palermo.

11) **Bardenheuer und Graessner.** „Die Behandlung der Frakturen.“ (Ergebn. d. Chir. und Orthop. 1. Bd. p. 173.)

Das für die Praxis so wichtige Kapitel der Frakturbehandlung wird von den Verff. mit vorzüglicher Uebersichtlichkeit, Ausführlichkeit, und unter kritischer Würdigung aller Methoden behandelt. Als Behandlungsmethoden kommen in Betracht:

1. Verwendung von Lagerungs- und starren Verbänden,
2. Die gymnastische Behandlung,
3. Die operative Behandlung,
4. Die Verwendung von Extensionsverbänden.



Unter den starren Verbänden kommt hauptsächlich der in der Praxis noch viel zu viel verwendete Gipsverband in Betracht. Nach Verff. darf er nur noch als Transportverband (im Krieg), bei gewissen komplizierten Frakturen, bei Deliranten, bei Nachbehandlung von operativ vereinigten Frakturen oder als Gehverband in Anwendung kommen.

Ein zu grosses Gewicht auf die Funktionserhaltung legen die Verteidiger der rein gymnastischen Behandlung, das anatom. Resultat ist dabei sehr oft unbefriedigend. Sie ist daher nur sehr beschränkt zu verwenden, etwa in einzelnen Fällen von Radiusfrakturen mit dem Lexerschen Verband. Einen Gegensatz zu dieser rein funktionellen bildet die operative Behandlung, die vorwiegend auf ein gutes anatomisches Resultat sieht. Verff. geben eine genaue Schilderung der verschiedenen Methoden: Drahtnaht, Nagelung, Bolzung und der damit erzielten Resultate. Nach diesen möchten sie das blutige Verfahren nur bei besonderen Indikationen verwenden. Als solche gelten: Schwere, durch andere Mittel nicht zu beseitigende Dislokation der Fragmente, hochgradige Weichteilverletzung, Muskelinterposition oder alte schlecht geheilte Frakturen mit gestörter Funktion; ferner Pseudarthrosen und Nervenläsion durch die Fragmente oder Callus. — Als Idealverfahren bezeichnen Verff. die Extensionsbehandlung, da sie sowohl dem anatomischen wie dem funktionellen Resultat Rechnung trägt. Erklärlicherweise nimmt die Beschreibung der Bardenheuerschen Technik den breitesten Raum ein, aber auch andere Methoden (Nagelextension, Zuppinger'sche und Borchgrewink'sche Schienen) werden genau beschrieben. In der Nagelextension sehen Verff. eine vorzügliche Ergänzung der Heftpflasterextension in Fällen, in denen letztere nicht ausreicht, bes. auch bei komplizierten Frakturen.

Die von Zuppinger angegebenen Schienenapparate leisten in der jetzigen Form nicht Genügendes. Die Borchgrewink'schen Schienen stellen eine gute Vereinfachung der Bardenheuer'schen Extensionsschienen dar, geben aber nicht die gleichen Resultate.

Balsch-Heidelberg.

12) **Starr** (Toronto). Modern treatment of fractures. (Brit. med. Journ. 9. Juli. 1910.)

Beschreibung der neueren Methoden der Nagelung, Verschraubung und Anbringung von Plaken bei Frakturen. Die günstigen Resultate gegenüber der unblutigen Reposition ermutigen zur öfteren Anwendung.

Mosenthal-Berlin.



13) **Charrier et Courand** (Bordeaux). De l' emploi des plans inclinés dans le traitement de certaines fractures juxta-articulaires. (Über die Anwendung der schiefen Ebene bei der Behandlung von Frakturen in der Nähe der Gelenke.) (Ann. de chir. et d' orth. 23. Bd. S. 200.)

Die Verf. empfehlen bei der Behandlung von Frakturen in der Nähe der Gelenke das von Dupuytren in seinen Grundzügen angegebene Planum duplex inclinatum und führen zum Beweis zwei Fälle von Frakturen in der Nachbarschaft des Kniegelenks an, die auf diese Weise mit gutem funktionellem Erfolge geheilt wurden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

14) **Silvestri** (Modena). Teoria infettiva della rachitide. (Riforma medica. A. XXVI. Nr. 16.)

Verf. beleuchtet kritisch die bisher aufgestellten Theorien über die infektiöse Natur der Rachitis und kommt zu dem Schluss, dass bis jetzt nichts dazu berechtigt, die Rachitis als kontagiös-epidemische Krankheit zu betrachten, und dass das Hauptargument gegen diese Vorstellung durch den kongenitalen Rachitismus dargestellt ist, über dessen Existenz fast alle einig sind. Verf. bringt einen Beitrag von drei Fällen angeborener Rachitis, bei denen während der Schwangerschaft keinerlei Infektion eingewirkt hat, wodurch auch die Notwendigkeit des Auftretens irgend eines infektiösen Agens in der Genese des Rachitismus ausgeschlossen wird. **Buccheri**-Palermo.

15) **Silvestri** (Modena). La Clinica è sfavorevole all'unità etiologica della rachitide e dell'osteomalacia. (Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche. 1910. Nr. 42.)

S. weist nach, dass die Kinder von äusserst schwer osteomalazischen Frauen blühend, frei von Rachitis sein und zuweilen einen vollständigeren Verknöcherungszustand als normal zeigen können. Andererseits kann eine durchaus gesunde Mutter ein Kind mit stark vorgeschrittener Rachitis gebären. Infolgedessen muss notgedrungen zugegeben werden, dass die Ursachen dieser beiden Krankheiten keine gemeinsamen sind. **Buccheri**-Palermo.

16) **Hildebrand.** Infektion der Gelenke und Muskeln. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1910. 6.)

Zu Beginn seiner Arbeit spricht H. im allgemeinen über die akute Infektion der Gelenke. Alsdann berichtet er ausführlicher von durch verschiedene Infektionserreger hervorgerufenen besonderen



Formen. Er erörtert nacheinander die durch Staphylokokken und Streptokokken veranlassten Gelenkentzündungen, die gonorrhoischen, bei denen er einen Unterschied macht von Hydrops, der serofibrinösen Entzündung, dem Empyem und der phlegmonösen Entzündung, ferner den Gelenkentzündungen bei Syphilis, Dysenterie, Scharlach, Typhus, Diphtherie, Pneumonie, Influenza, Masern, Röteln, Variola, Varizellen, epidemischer Genickstarre, bei Rotz und Mumps und versucht nachzuweisen, dass es trotz der Aehnlichkeit der Formen doch viele Verschiedenheiten gibt, die in abwechselnder Prognose und abwechselnden Indikationen deutlich zu Tage treten. Gegen Ende seiner Arbeit spricht Verf. noch kurz von der akuten Infektion der Muskeln. Eine primäre eitrige Entzündung des Muskels stellt er nicht als bestimmt hin. Als Charakteristikum aller entzündlichen Prozesse des Muskels hebt er die Kontraktur und zwar die sich schnell entwickelnde, gegen Dehnungsversuche kolossalen Widerstand leistende, die bei ausgedehnten Substanzverlusten im Muskel irreparabel ist, hervor. **Blencke**-Magdeburg.

17) **Schönberger.** Über Spontanluxationen nach akuten Infektionskrankheiten. (Diss. Rostock. 1910.)

Sch. konnte 68 Fälle von Spontanluxationen aus der Literatur zusammenstellen, die meist nach Typhus (31 mal) und Gelenkrheumatismus (13 mal) auftraten und 62 mal das Hüftgelenk befielen, 3 mal das Schultergelenk, 2 mal das Ellenbogengelenk und 1 mal das Kniegelenk. Doppelseitige Luxationen wurden viermal beobachtet. In der Mehrzahl der Fälle waren die Kranken unter 15 Jahren. Diesen Fällen reiht Sch. noch einen Fall von doppelseitiger Hüftgelenksluxation nach Scharlach an, der an der Freiburger chirurgischen Klinik beobachtet wurde und die Anregung zu dieser Arbeit gegeben hat. **Blencke**-Magdeburg.

18) **Burnside Buchanan.** On acute arthricis of doubtful origin. (Lancet. 23. April 1910.)

Krankengeschichten von 13 Fällen von teils entzündlichen, teils eitrigen Gelenkentzündungen, bei denen die direkte Eingangspforte der Bakterien zum Teil zum mindesten zweifelhaft war. Einzelne der Patienten hatten zwar kurz vorher Infektionskrankheiten (Masern) durchgemacht oder kleine Pusteln gehabt, die aber schon einige Zeit vor Ausbruch der Gelenkerkrankung abgeheilt waren.

Mosenthal-Berlin.



19) **Preiser** (Hamburg). Abwehr und Kritik zu der Arbeit von G. A. Wollenberg über „Aetiologie der Arthritis deformans.“ (Zeitschr. f. orth. Chir. XXVI. Bd. S. 369.)

P. wendet gegen die von Wollenberg angegebene Theorie der Entstehung der Arthritis deformans durch Gefässsklerose ein, dass eine lokale Gefässerkrankung zu selten sei, um als ätiologischer Faktor in Betracht zu kommen, und weil eine Hyperämie stets nur ein sekundärer, nie ein primärer Vorgang sei. Der primäre Vorgang bei der idiopathischen Arthritis deformans sei die Aenderung der Gelenkstatik, die durch Verdrehung der Kapsel zu Ernährungsstörungen und Gefässsklerose führen könne.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

20) **Wollenberg** (Berlin). Die ätiologischen Faktoren der Arthritis deformans. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXVI. Bd. S. 381.)

W. erklärt gegenüber den Ausführungen von Preiser, dass nach seinen histologischen Untersuchungen die Gefässveränderungen die Ursache für die Entstehung der Arthritis deformans seien, dass aber diese Gefässveränderungen wiederum durch mancherlei Ursachen (Verletzung, Entzündung, mechanische Momente etc.) bedingt sein können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

21) **Fred H. Albee** (New York). A further report of a new operation for Arthritis deformans and certain other deforming affections of the hip. (Surgery, gynecologie and obstetrics. März 1910.)

Verf. berichtet über eine neue Operation, die er bei vorgeschrittener Arthritis deformans und gewissen anderen deformierenden Affektionen der Hüfte angewandt hat. Beschreibung von 16 Fällen. Die Operation besteht in einer Ankylosierung des Hüftgelenks auf folgende Weise: Eröffnung des Gelenks durch einen vorderen Schnitt. Der obere Teil der Pfanne wird entfernt und der obere Umfang des Kopfes mit dem Meissel rechtwinklig zugestutzt. Durch Aussenrotation lässt sich dann auch der Knorpel am vorderen Kopfteil entfernen. An den entsprechenden Teilen wird auch der Knorpel an der Pfanne zerstört. Das Bein wird dann in Abduktion fixiert. Die arthrodesenähnliche Operation, bei welcher der Kopf jedoch in situ bleibt, hat sich gut bewährt und beseitigt die vorher bestandenen Schmerzen und die Verkürzung.

Die Anwendung empfiehlt sich: 1. bei starker Lähmung beider Hüften kombiniert mit Lumballordose. Hier kann man durch An-



kylosierung einer Hüfte grossen Nutzen stiften. 2. bei starker Zerstörung des Kopfes. Hierbei kann man den Trochanter in die Pfanne einstellen. 3. als Ersatz der Gant'schen subtrochanteren Osteotomie, bei der die Deformität oft rezidiviert, und 4. bei gewissen Fällen von tuberkulöser Ostitis coxae der Erwachsenen.

Die Operation bietet den Vorteil, dass sie die Verkürzung möglichst reduziert, eine knöcherne Vereinigung sichert und, da sie nicht sehr eingreifend ist und frühes Aufstehen erlaubt, sich vor allem bei älteren Leuten eignet. **Zander**-Heidelberg.

22) **Schlee** (Braunschweig). Ein Fall eigenartiger Gelenkdeformität als Folge von Kombination von Knochen- und Gelenkerkrankung mit mehrfachen Traumen. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 448.)

Die Patientin zeigte eine Subluxation des Unterschenkels nach aussen nebst Aussenrotationsstellung. Bedingt war diese letztere Position durch eine deform geheilte Schrägfraktur des unteren Femurendes. Das Knie wies dabei eine Tbc.-Erkrankung mit Beugekontraktur auf. Das Redressement der Kontraktur und die Reposition der Luxation führten zugleich zu einer Wiederlösung und Geraderichtung der bereits 2 Jahre alten Fraktur, sodass die für später geplante Osteotomie überflüssig wurde.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

23) **A. Poncet** (Paris). Rhumatisme articulaire tuberculeux. (Gaz. des hôp. 1910, Nr. 99.)

P. teilt die Krankengeschichte eines 28 jährigen Mannes mit, der in 7 Jahren 4 Krisen von akutem Gelenkrheumatismus überstanden hat und nun folgende Veränderungen an den Füssen aufweist: beiderseits schmerzhafter Plattknickfuss, Exostosen an Talus und Calcaneus, Arthritis deformans am Grosszehengrundgelenk und einigen andern Zehengelenken, ferner Hallux valgus.

P. fasst diese Erscheinungen alle als tuberkulösen Ursprungs auf, sowohl die akuten Attacken, als auch die Exostosen. Bei der „entzündlichen Tuberkulose" fehlt der typische histologische Befund, wie Tuberkel und Riesenzellen; es sind nur die gewöhnlichen Entzündungserscheinungen vorhanden. **Zander**-Heidelberg.

24) **Müller** (Rostock). Zur Frage des tuberkulösen Gelenkrheumatismus (Poncet). (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 37. ff.)

Schon vor Poncet war eine Beziehung zwischen Gelenkrheumatismus in seinen verschiedenen Formen und Tuberkulose auf-



gefallen, die man aber im Gegensatz zu P., der die Auffassung verficht, dass die tuberkulöse Infektion auch einfach entzündliche, nicht spezifische unter dem Bilde von Tuberkeln, Riesenzellen, Bazillen erscheinende Entzündungen hervorrufen könne, als Mischinfektion, als Kombination zweier Infektionen oder als zeitlich sich folgende Infektionen auffasste. Durch M. und andere Diskussionsredner wurden Fälle zur Sprache gebracht, die eine wenigstens teilweise Berechtigung der P.'schen Ansicht nicht so ganz von der Hand weisen lassen. Uns interessiert davon am meisten die Meinung P.s, dass auch typische Fälle von Arthritis deformans, Fälle von schmerzhaftem Plattfuss, von Skoliose, Genu valgum usw. zur arthralgischen Form des Rhumatisme tuberculeux zu rechnen seien.

Natzler-Heidelberg.

25) **Senni** (Rom). Le osteo-artropatie siringomieliche. (Artero 1910.)

Die Arbeit bildet eine interessante und vollständige Monographie über den Gegenstand und stützt sich auf ein reiches sorgfältig gesammeltes Material, zu dem eine persönliche Beobachtung kommt. In der Arbeit finden sich die geeigneten Indikationen für den Chirurgen im Falle eines operativen Eingriffes zusammengestellt.

Aus 42 Fällen spontaner Fraktur bei 216 Beobachtungen von Arthropathie ergibt sich, dass die obere Extremität durch Fraktur bei 80% und durch Arthropathie bei 81.4% betroffen wird.

Die syringomyelische Arthropathie ist gewöhnlich monoartikulär.

Nach dem pathologisch-anatomischen Bild und der Symptomatologie bespricht Verf. zuletzt die Modifikationen, die in dem Bild der syringomyelischen Arthropathie durch mechanische Motive (Luxationen, Frakturen, Knochenkrümmungen) und durch Ursachen infektiösen Charakters hervorgerufen werden.

Zum Schluss wird die prophylaktische Behandlung, die Behandlung der spontanen Frakturen und die der Arthropathien abgehandelt mit einigen interessanten allgemeinen Betrachtungen über den Eingriff bei syringomyelischen Arthropathien. Daran schliesst sich ein Verzeichnis der vom Verf. zusammengestellten 39 Fälle, bei denen ein Operationsakt ausgeführt worden ist.

Buccheri-Palermo.

26) **M. Matsuoka** (Kioto). Über Gelenkerkrankung bei Tabes dorsalis. (Dtsche. Zeitschr. f. Chir. Bd. 106, Heft 1—3.)

M. beschreibt 3 Fälle von Osteoarthropathia tabica, die ausser einem Schenkelhalsbruch das Kniegelenk betrafen. Die Erkrankungen



traten spontan ohne Gewalteinwirkung auf. Ausser Schwellung der paraartikulären Weichteile fand sich ein reichlicher Gelenkerguss, krepitierende Geräusche bei Bewegungen, Schlottrigkeit und Schmerzlosigkeit der Gelenke. In dem einen Fall wurde die Knieresektion gemacht. Man findet neben Destruktion Anbildung von Knochengewebe und Eburnisation. Verfasser ist der Ansicht, dass bei der Tabes die das Gelenk versorgenden Nerven am Degenerationsprozess teilnehmen und zu einer sekundären Erkrankung der Gelenke führen. **Zander**-Heidelberg.

27) **Cedrangolo** (Neapel). Sulle artropatie tabetiche. (Riforma medica A. XXVI. Nr. 18—19.)

Die Arbeit berichtet über fünf Beobachtungen, welche die verschiedenartigsten klinischen Formen tabetischer Arthropathien aufweisen, von den höchst akuten zu den langsamsten chronischen. Der Sitz war das Kniegelenk und zwar dreimal links, einmal doppelseitig aber vorwiegend links, einmal rechts. Sie verliefen afebril und sind überdies schmerzlos. Die Schmerzlosigkeit ist ein klinisches Zeichen erster Ordnung, das für die Diagnose von grossem Nutzen ist und mit der bei Tabes dorsalis stark gestörten tiefen Sensibilität zusammenhängt. **Buccheri**-Palermo.

28) **Küttner.** „Die Myositis ossificans circumscripta". (Ergebn. der Chir. u. Orthop. 1. Bd. p. 49.)

Die Myositis ossificans circumscripta lässt sich ätiologisch in 3 Gruppen sondern. 1.) Die traumatische, weitaus häufigste Form. 2.) Die nicht traumatische. 3.) Die neurotische Form bei Tabes dorsal., Syringomyelie und Myelitis transversa auftretend. Das Trauma in der Aetiologie der Myositis ossif. kann ein chronisches (Exerzier-, Reit-Knochen etc.) oder ein wiederholtes gröberes oder ein einmaliges schweres sein. Eine Verschiedenheit kommt den einzelnen Gruppen nicht zu, nur die Myositis ossif. nach Luxationen (besonders Ellbogenluxationen) bildet eine Gruppe für sich. Hier ist es besonders der M. brachialis, der am häufigsten befallen ist, an der unteren Extremität überwiegt der Quadriceps an Häufigkeit der Erkrankung. Klinisches Bild und Verlauf der Myositis ossif. traumatica sind charakterisiert durch den oft sehr rasch nach dem Trauma auftretenden Verknöcherungprozess im Muskel, der zu mehr oder weniger starker Funktionsbehinderung führen kann. Nach gewisser Zeit bleibt der Zustand dann stationär, in vielen Fällen finden wieder regressive Prozesse, bis zu fast völligem Schwinden der Ossifikation, statt. Demgemäss ist die Therapie neuerdings wieder eine konservative,



da die operative oft nicht den gewünschten Erfolg hatte und Rezidive bei Operation in frühen Stadien mehrfach beobachtet wurden.

Bei den Fragen über Wesen und Genese des Ossifikationsprozesses vertritt Verf. mit den meisten neueren Autoren folgenden Standpunkt:

1) Die Myositis ossificans circumscripta ist eine echte Entzündung und keine Geschwulst. Dafür sprechen der akute Anschub mit Schmerzen etc., die Verschlimmerung bei Bewegungsübungen, dann besonders die spontane Rückbildung. Auch pathologisch-anatomisch ist sowohl makroskopisch wie mikroskopisch das Bild für Entzündung charakteristisch. (Sulziges Oedem, Bild der interstitiellen Myositis.)

2) Bezüglich der Genese ist die ausschliessliche Entstehung der Muskelknochen vom Periost sehr unwahrscheinlich, da mehrfache Operationsbefunde keinerlei Zusammenhang des Muskelknochens mit dem Skelett ergaben. Da ferner mehrfache von einander getrennte Knochenherde im Muskel vorkommen können, und in vielen Fällen der Nachweis gelingt, dass das Trauma den Knochen gar nicht getroffen haben kann. Selbst für die breitbasig, dem Knochen aufsitzenden Muskelknochen muss man nicht auf eine periostale Genese zurückgreifen. **Balsch**-Heidelberg.

29) **Guleke** (Strassburg). Zur Technik der Försterschen Operation. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 36. S. 1190 ff.)

G. trennt, nachdem er die linken Spinalwurzeln freigelegt und bis zum Ganglion spinale freipräpariert hat, die Scheide der hinteren Wurzel von der vorderen, hebt die Wurzel aus der Scheide heraus, zieht sie etwa 1 cm aus dem Duralsack hervor und schneidet sie an der Basis ab. Um die Basis der Wurzelscheide wird dann eine feine Ligatur gelegt und der periphere Teil abgeschnitten. Vorteile sind nach G.: Verhinderung eines zu reichlichen Liquor-Abflusses, einer Schädigung des Rückenmarks, da die breite Eröffnung der Dura wegfällt, sicherer Verschluss der Durawunden. Ein Nachteil ist die Verlängerung der Operation um ca. 15 Minuten. Im übrigen will G. das immerhin kompliziertere Verfahren nur für die Fälle reserviert wissen, bei denen eine besondere Gegenindikation gegen die breite Eröffnung der Dura vorliegt. **Natzler**-Heidelberg.

30) **Delbet.** L'ostéotomie dans le traitement de la maladie de Little. (Die Osteotomie bei der Behandlung der Littleschen Krankheit.) (Rev. d'orth. Bd. 21. S. 285.)

Der Fall ist bereits aus den Annales de chirurg. et d'orthopédie referiert. S. Zentralblatt IV. 404. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



31) **Warrington** and **Murray.** On the failure of nerve anastomosis in infantile palsy. (Lancet. 2. April 1910.)

Verf. führen die Misserfolge, die sie und andere bei Nervenanastomosen bei infantiler Paralyse haben, nicht nur auf mangelhafte Technik und eventuell zu lange bestehende Lähmung zurück, sondern machen in erster Linie physiologische Gründe dafür verantwortlich. Denn nicht nur die centralen Zellen des Rückenmarks seien erkrankt, sondern auch Teile der weissen Substanz und die pia mater seien meist beteiligt, und so komme es vor, dass auch Veränderungen in dem Teile der Spina vorhanden seien, denen der gut funktionierende zur Anastomose gewählte Nerv entspringt, dessen Kraft zwar noch für das ihm normal zukommende Gebiet ausreichte, zur Versorgung eines neu dazu kommenden aber nicht mehr genügte. Die Technik bestand in 2 Fällen in Endanastomosen, 3mal wurde nach vollständiger Durchtrennung das periphere Stück in den Schlitz des gesunden Nerven implantiert. Der früheste Zeitpunkt sei 6 Monate nach eingetretener Lähmung. Trotz der schlechten Resultate verwerfen Verf. die Operation doch nicht ganz, und wollen zu ihr, wenn die anderen Methoden versagen, als ultimum refugium greifen.

Mosenthal-Berlin.

32) **Thomas Morgan Rotch.** Living anatomy and pathology. The diagnosis of diseases in early life by the Roentgen-Method. (Brit. med. journ. 23. Juli 1910. (Referat.)

Nach Beschreibung mit Illustrationen der normalen Anatomie von der intrauterinen Periode bis zur Pubertät, diskutiert Verf. die Frage der so häufigen Widersprüche zwischen Alter des Kindes und Durchschnittsgrösse und kommt zu dem Schluss, dass die Entwicklungsstufe eines Kindes nicht nach den Durchschnittsmassen zu beurteilen sei, sondern dass die Entwicklung resp. die Veränderung der Epiphysen ein viel verlässlicherer Faktor für die Entwicklungsstufe des Kindes sei. Der grösste Teil der sehr ausführlichen Arbeit befasst sich mit der Beschreibung der Säuglings- und Kinderkrankheiten. Am Schluss jedes Abschnittes werden entsprechende Röntgenbilder gebracht. Traumatische Erkrankungen, abgesehen von Fremdkörpern, sind nicht beschrieben.

Mosenthal-Berlin.

33) **D. van Dorp-Beucker Andreae.** Behandeling van Spondylitis met het corset van Calot. (Spondylitisbehandlung mittels des Calot'schen Korsetts.) (Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde 1910. II. No. 16.)

Frau van D.-B. A. empfiehlt die modifizierte Calot'sche Me-



thode auf Grund von drei Spondylitisfällen, die sie im Hospiz in Katwyk an der Nordsee mit gutem Erfolge behandelt hat. Die Heilung trat relativ bald ein; die Difformität wurde völlig beseitigt. Genaue Beschreibung der Methode und Vergleichung hinsichtlich des Wertes mit dem Gipsbett, der Extension, dem gewöhnlichen Sayre'schen Gipskorsett und den Apparaten.

Fixierte Kyphosen wurden noch nicht behandelt, doch will Frau van D. auch diese mit der angegebenen Methode zu heilen versuchen. **Tilanus**-Amsterdam.

34) **Sabella** (Rom). L'intervento precoce nell'osteite tubercolare della colonna vertebrale. (Il Policlinico, Sez. chir. 1910 fasc. 6.)

Es handelt sich um einen Fall, bei dem das stürmische und plötzliche Auftreten der radikulären und medullären Symptome, die dem Pat. das Leben unerträglich machten, den operativen Eingriff für unaufschiebbar erklären liess, obwohl das diagnostische Urteil zwischen einer initiellen tuberkulösen Osteitis der Lendenwirbel und einem Tumor derselben Gegend noch ungewiss blieb. Die Operation zeigte, dass es sich um einen tuberkulösen Prozess handelte, der auf einen Querfortsatz allein lokalisiert war. Das Resultat des Eingriffes war ein vorzügliches, da vollständige Heilung erzielt wurde. **Buccheri**-Palermo.

35) **Haglund** (Stockholm). Über die Wirbelsäulenverkrümmungen in einer Volksschule und über die Möglichkeit, Behandlung für dieselbe anzuordnen. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. XXV, S. 649.)

H.'s Untersuchungen erstrecken sich auf 1600 Kinder, Knaben und Mädchen. Während nur bei 1 % anderweitige Deformitäten festgestellt wurden, fanden sich in 22 % Wirbelsäulenverbiegungen (im ganzen 450 Kinder). Von diesen litten 280 an skoliotischen Verbiegungen und 170 an sagittalen Verkrümmungen, Mädchen und Knaben in annähernd gleichem Prozentsatz.

Als grundlegende Ursache sieht H. den mangelhaften Allgemeinzustand, Anämie etc. an, während andere Momente wie numerische Variation der Wirbelsäule oder in ca. 3/4 der Fälle statische Verhältnisse (Verkürzung eines Beines) das auslösende Moment zu einer seitlichen Verbiegung abgeben. Vielfach war überhaupt die ganze Körperhälfte (meistens die linke) geringer entwickelt.



Von den 170 sagittalen Verbiegungen waren 52 rein sagittal, die übrigen mit seitlichen Abweichungen kombiniert. Am häufigsten war die Totalkyphose, danach die abnorm starke Lendenlordose und Kyphose im Dorsalteil (runder Rücken). Flache Rücken sind auffallend selten notiert.

Zur Behebung dieser Kalamität verlangt H. ausser allgemein hygienischen Massregeln zur Hebung des Allgemeinzustandes prophylaktisch eine bessere physische Erziehung durch Turnen, Spiel und auch Sport, soweit er keine einseitige Muskelausbildung veranlasst. Es sollen zu dem Zweck geeignete Lehrer für physische Erziehung ausgebildet und angestellt werden. Es soll auch hiermit eine Trennung der physischen Ausbildung gesunder Individuen von der heilgymnastischen Behandlung Kranker bewirkt werden. Als erreichbares Ziel zur Behandlung der ausgebildeten Deformitäten betrachtet H. die Errichtung von heilgymnastischen Polikliniken mit eigens angestellten Gymnasten und unter ärztlicher Leitung. Der Arzt, der einer solchen Anstalt vorstehen soll, muss natürlich vor allem eine gründliche orthopädische Schulung haben. Eine derartige Ausbildung wäre von diesem Gesichtspunkte aus für alle Ärzte anzustreben. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

36) **Walther** (Zürich). Über die empyematische Skoliose. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXVI. Bd. S. 401.)

Die Skoliose, welche als Folgeerscheinung eines lange bestehenden Empyems auftritt, ist dadurch charakteristisch, dass die erkrankte Thoraxseite in ihrem Volumen reduziert ist, während die andere Seite sich kompensatorisch ausdehnt. Es fehlt infolge dessen auch die vordere Abflachung auf der Seite des Rippenbuckels. Der Rippenbuckel ist überhaupt sehr gering, ebenso wie die Verdrehung der Wirbel in ihrem Gefüge. Die sekundären Biegungen zeigen fast gar keine Rotationserscheinungen. Die konkavseitige Schulter und Skapula stehen sehr tief, die Spitze des Schulterblattes kann sogar die Dornfortsatzlinie überschreiten. Die Deformität ist desto schlimmer, je jünger das befallene Individuum war und je mehr Zeit seit der Erkrankung verflossen ist. Therapeutisch ist ausser der Korrektur der Deformität auch eine Ausdehnung der Lunge auf der erkrankten Seite durch Atemgymnastik anzustreben.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

37) **Stein** (Wiesbaden). Über die Beziehungen zwischen Ischias, Lumbago und Skoliose. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 479.)

Verf. bespricht die verschiedenen Theorien über die Entstehung



der skoliotischen Biegung im Gefolge der Ischias. Nach St's. Beobachtungen handelt es sich um eine Erkrankung des Sakralnerven, welcher den Musculus sakrolumbalis versorgt. Verf. glaubt auch, dass die meisten Fälle von Lumbago auf eine Erkrankung dieses Sakralnerven zurückzuführen seien. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

38) **Wahl** (München). Das Etappenredressement der fixierten Skoliose. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXVI. Bd. S. 392.)

W. wendet zur Behandlung der fixierten Skoliose Gipsverbände an, die Abends in korrigierter Stellung angelegt und morgens wieder entfernt werden, damit der Tag zur Stärkung der Rückenmuskulatur mittels Massage und Gymnastik benutzt werden kann. W. beschreibt auch die sonst von ihm gehandhabte Methode der Skoliosenbehandlung, speziell auch die Konstruktion seines Lagerungsbettes.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

39) **Trinci** (Florenz). Un cas d'absence congénitale du muscle grand oblique de l'abdomen. (Über kongenitalen Defekt des Musc. obliquus abdominis.) (Rev. d'orthop. 21. Bd. S. 291.)

T. beobachtete bei einem Neugeborenen ein völliges Fehlen des Musc. obliquus ext. mit hernienartiger Vorwölbung auf einer Seite. Die im Alter von 10 Monaten vorgenommene Operation bestätigte das völlige Fehlen dieses Muskels, doch liess sich durch Vernähen des Rectus abdominis mit dem Transversus und Verstärkung der Nahtstelle durch den Obliquus internus eine Wiederherstellung der Bauchwand erreichen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

40) **Buccheri** (Cutigliano Pistoiese). Alcuni casi di frattura della clavicola curati con la fissazione dorsale dell'antibraccio. (Il Policlinico, A. XVII. fasc. 23.)

Verf. beschreibt 5 Fälle, bei denen er das Verfahren von Bayer zur Anwendung brachte. Bei vier ist das Resultat ein vorzügliches gewesen, beim 5. Fall bekam er eine Pseudoarthrose, da der sehr intolerante Pat. zweimal den vom Arzt angelegten Verband auflösen liess. **Buccheri**-Palermo.

41) **Ninni** (Neapel). Frattura dell'omero sinistro per cisti da echinococco del midollo. Sutura metallica, pseudoartrosi. Seconda sutura metallica. Guarigione. (Il Policlinico. Sez. prat. Anno XVII. fasc. 9.)

Verf. berichtet über einen Fall von Fraktur des linken Humerus durch Sturz von einem Pferde, bei dem infolge ungeeigneter Be-



handlung Pseudarthrose auftrat. Beim Operieren derselben mit Resektion und Metallnaht fand er eine multilokuläre Echinokokkuscyste, welche das ganze Mark invadiert und zerstört und die Wände des Knochens verdünnt hatte.

Nach Entleerung der Cyste in beiden Fragmenten mittelst eines langen Volkmann'schen Löffels nahm er die Resektion vor und legte eine Metallnaht an. Es folgte Pseudarthrose, welche er nach 7 Monaten von neuem mit Resektion und Metallnaht operierte, wodurch die Konsolidierung erzielt wurde. **Buccheri**-Palermo.

42) **Preiser** (Hamburg). Über Arthritis deformans cubiti. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 25, S. 391.)

Auch am Ellenbogengelenk kommen ebenso wie an Knie und Hüfte Inkongruenzen der Gelenkkomponenten vor, die sich besonders am Humeroradialgelenk zeigen. Man beobachtet diese Ungleichheit der Gelenkteile bei Leuten, die wegen funktioneller Beschwerden (Schmerzen) den Arzt aufsuchen, vor allem aber findet man diese Erscheinung regelmässig bei Arthritis deformans. P. spricht deshalb dieser Inkongruenz eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Arthritis zu. Auffallend ist die reichliche Bildung von Gelenkkörpern, die man gerade im Ellenbogengelenk beobachtet. Therapeutisch kommt wie auch bei der Arthritis der anderen Gelenke Bewegung und Wärmeanwendung in Betracht.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

43) **Biesalski** (Berlin). Zur Kenntnis der angeborenen und erworbenen Supinationsbehinderung im Ellbogen. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 205.)

Ein Fall von angeborener Supinationshemmung durch Verwachsung beider Vorderarmknochen im proximalen Teil, den B. operativ angriff, hatte nicht das erwartete Ergebnis. Es trat infolge der Verkürzung der Weichteile und infolge der Abknickung des oberen Radiusendes, das die Supination hinderte, bald wieder eine völlige Aufhebung der Drehbewegungen ein. Bei den infolge von Rachitis erworbenen Supinationsstörungen, die weitaus häufiger sind, ist die Verbiegung der Unterarmknochen die Ursache der Bewegungsbeschränkung, indem teilweise der Radius an die Ulna anstösst, teilweise der gebogene Radius, der sich nicht in einer geraden Achse drehen kann, durch seine Bandverbindungen getrennt wird. Nach der Form der Verbiegung stellt B. fünf verschiedene Typen auf. Ihre Entstehung erklärt er durch Belastung, indem das Kind sich



bestrebt den Körper auf die Arme zu stützen. Im allgemeinen geht die rachitische Supinationsbehinderung soweit wieder zurück, dass der Arm praktisch brauchbar wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

44) **Walter Krantz** (Königsberg). Über die Behandlung des typischen Radiusbruches. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 106. Bd., 1—3. H.)

Nach einem historischen Überblick über die bisherigen Behandlungsmethoden des typischen Radiusbruches empfiehlt Verfasser das Verfahren der beschränkten Feststellung mit Hilfe von Flanellbinden, zuerst von Lexer auf dem Chirurgenkongress 1906 angegeben.

Das Verfahren besteht zunächst in der genauen Reposition, meist ohne Narkose, bei rechtwinklig gebeugtem Arm unter kräftigem Zug des Assistenten am Daumen und an den 4 Fingern. Durch einen plötzlichen Ruck bringt man so die Hand in Flexion, Pronation und Ulnarabduktion. Nun wickelt man eine Flanellbinde vom Epicondylus ext. über den Handrücken und 2. Metacarpus zur Vola und um die ulnare Kante der Hand zum Dorsum, vom 2. Metacarpus über die Vola zurück zur Streckseite des Vorderarms in 2 Schlangentouren zum Epicond. ext. Dieselben Gänge werden 2—3 mal wiederholt. Durch diese Fixation ist die Möglichkeit zur Dislokation führender Bewegungen ausgeschlossen. Die Flanellbinde wird eine Woche lang täglich gewechselt, dabei Massage und warme Bäder. Arm in der Mitella.

Von 110 nachuntersuchten Fällen war bei 105 Patienten volle Arbeitsfähigkeit vorhanden. Diese hatte sich schon nach spätestens 4 Wochen eingestellt. Das Verfahren verdient also den Vorzug wegen seiner Einfachheit, Billigkeit und der Schnelligkeit, mit der man die äusserst günstigen Resultate erzielen kann.

Zander-Heidelberg.

45) **Ludloff** (Breslau). Die Subluxatio radii und die Bewegungsbeschränkungen im Ellenbogengelenk. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. XXV, S. 303.)

Im Anschluss an einen Fall von Ellenbogenverletzung, bei dem die Diagnose einer Subluxation des Radiusköpfchens gestellt wurde, der sich aber schliesslich als Fraktur des Capitulum radii erwies, bespricht L. die Frage dieser Subluxation. Verf. hält die Existenz dieser Verletzung wenigstens beim Erwachsenen für recht zweifelhaft. Die Bewegungsbeschränkung in Bezug auf Flexion und Extension bei obigen Frakturen erklärt sich durch die Verbreiterung



des Radiusköpfchens, eine Supinations- resp. Pronationsbeschränkung braucht nicht vorzuliegen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

46) **Froelich** (Nancy). Volkmannscher Symptomenkomplex — ischämische Lähmung. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 626.)

F. bringt 8 Fälle von ischämischer Lähmung der Unterarmmuskeln. Nach den Feststellungen bei den Operationen und bei einem Sektionsfalle handelt es sich teils um Nervenläsionen, hauptsächlich aber um eine Myositis, hervorgerufen entweder durch Ischämie oder durch lokalen Druck auf die Muskeln oder durch Decubitus und dadurch bedingte Infektion. In allen Fällen trugen zu fest angelegte Verbände die Schuld, betroffen waren lediglich Kinder von 3—12 Jahren. In ganz leichten Fällen kann man mit einem unblutigen Redressement der Finger und der Hand auskommen, bei einigen führte auch Sehnenverlängerung der vorzugsweise betroffenen Flexoren zum Ziel. In allen schweren Fällen war nur durch eine Kontinuitätsresektion der Vorderarmknochen wieder eine gute Funktion der Hand zu erreichen. In den Fällen, bei denen die Muskeln völlig zu Grunde gegangen waren, blieb auch dies Verfahren ohne Resultat.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

47) **Fred. H. Albee** (New York). A study of the anatomy and the clinical importance of the sacro-iliac joint. (Journal d. Amerik. med. Gesellsch., Oktober 1909.)

Auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen an 50 Fällen kommt A. zu dem Schluss, dass die Verbindung zwischen Kreuz- und Darmbein ein regelrechtes Gelenk mit den dazu gehörigen Bestandteilen darstelle. Der vordere untere Teil der Kapsel ist sehr dünn und reisst bei der Symphysiotomie meist ein, jedoch ohne dauernden Schaden. Infektionen des Gelenks neigen zu Durchbruch ins Becken Die Relaxation (Zerrung) des Gelenks ist die Ursache vieler Rücken- und Ischiasschmerzen.

Beschreibung von 7 Fällen von Relaxation. Überall Druckempfindlichkeit am Gelenk, das Goldthwait'sche Symptom, nämlich Schmerzen am Gelenk bei Beugung des gestreckten Beins bis zum rechten Winkel, ferner Vermehrung der Beschwerden bei den Menses, Schmerzen beim Liegen auf dem Rücken und beim Bücken. Erleichterung der Beschwerden trat sofort nach Heftpflasterwickelung um das Becken herum auf. Später wurde ein langes Korsett mit elastischem Beckengürtel getragen. **Zander**-Heidelberg.



48) **Rosenfeld** (Nürnberg). Die idiopathische Innenrotation der Beine. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 437.)

R. schildert das Symtombild der idiopathischen Innenrotation der Beine (Einwärtsdrehung der Fussspitzen ohne äusserliche anatomische Veränderungen). Verf. glaubt diese Erscheinung auf eine Anteversion des Collum femoris zurückführen zu können, besonders da bei nahen Verwandten dieser Patienten auch Hüftluxationen vorkamen. Therapeutisch wendet R. Nachtschuhe an, die durch entsprechend angeordnete Führungsschienen die Füsse in Aussenrotationsstellung bringen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

49) **Lorenz** (Wien). Über die ambulatorische Extensionsbehandlung des Schenkelhalsbruches in extremer Abduktion und leichter Einwärtsrollung. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. XXV, S. 76.)

L. behandelt den Schenkelhalsbruch in der Weise, dass er in Narkose das Bein in stärkste Abduktion eventuell unter Tenotomie der Adduktoren und in leichte Einwärtsrotation bringt. Das periphere Fragment stellt sich dann zum zentralen in normale Position. In dieser Stellung wird ein gut sitzender Gipsverband angelegt, mit dem der Patient nach Erhöhung der gesundseitigen Sohle herumgehen kann. Nach 3 Monaten wird der Verband durch einen Schienenhülsenapparat ersetzt. Belastung des Beines soll nicht vor Ablauf eines Jahres erfolgen. Bei deform geheilten Brüchen lässt sich vielfach durch stärkste Abduktion eine Reinfraktion erzeugen, gelingt dies nicht, so ist doch die verbesserte Abduktion ein Vorteil für den Patienten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

50) **Mayer** (Köln). Ein Fall von schwerer doppelseitiger Coxa vara congenita. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. XXV, S. 323.)

Es handelte sich in dem M'schen Falle um einen jungen Mann von 24 Jahren mit hochgradigster doppelseitiger Coxa vara. Anamnese und Röntgenbild, auf dem sich eine nicht verknöcherte Zone im Schenkelhals fand, weisen auf eine kongenitale Entstehung des Leidens hin. M. glaubt, dass die Verbildung durch intrauterinen Druck bedingt sei. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

51) **Röttinger.** Zur Therapie der Coxa vara rachitica. (Diss. Erlangen. 1910.)

H. führt zunächst 2 Fälle an von Coxa vara rachitica, die in der Erlanger Klinik durch die angewandte Therapie zur Heilung



gebracht sind. Beide Male waren es gleichalterige Jungen mit doppelseitiger Schenkelhalsverbiegung. Der eine hatte dieselbe nur in geringem, der andere in hohem Masse. Bei ersterem wandte man die Extension an, während der andere sich einer Operation unterziehen musste. Hierbei durchmeisselte man den Knochen in schräger Richtung von unten innen nach oben aussen. Verf. kommt an der Hand dieser beiden günstigen Resultate zu der Ansicht, dass eine Therapie stets probiert werden müsse. Durch ein konservatives Verfahren kann man, ohne dass an der Deformität selbst etwas geändert wird, im Anfangsstadium der Coxa vara den Prozess aufhalten, bei ausgebildeter Verbiegung eine Besserung soweit erreichen, dass die Schmerzen vollkommen nachlassen und das Gehvermögen, das vorher in hohem Masse behindert war, wieder ermöglicht wird. Die Osteotomie ist in besonders schweren Fällen indiziert, bei denen man sogar oft von einer Heilung sprechen kann bei gutem Erfolg der Operation.

Blencke-Magdeburg.

52) **Redard** (Paris). Mon expérience du traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode nonsanglante. (Über Erfahrungen bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.) (Ann. de chir. et d'orth. 23. Bd. S. 166.)

R's. Erfahrungen beruhen auf einer Zahl von 800 Fällen. Er betont, dass die Reposition in vielen Fällen keineswegs leicht sei, die Grenze der Einrenkungsmöglichkeit setzt R. in der Regel bei der einseitigen auf 10, bei der doppelseitigen auf 6 Jahre fest. Die Einrenkung soll im allgemeinen auf demselben Wege erfolgen, auf dem die Luxation entstanden ist, am besten erfolgt sie über den hinteren Rand durch Flexions- und Abduktionsmanöver. Fixierung erfolgt in der Stellung, in welcher die beste Stabilität vorhanden ist, in der Regel in Abduktion und Flexion von 90°. Beim späteren Verbandwechsel wird diese Stellung, wenn angängig, korrigiert und auch das Bein mehr nach innen rotiert. In der Mehrzahl der Fälle hält R. eine Fixationsdauer von 5—6 Monaten für nötig. Die Reposition soll vorgenommen werden, sobald das Kind reinlich geworden ist. Gute Resultate wurden bei einseitiger Luxation zuerst in 70,0 später in 85,0—90,0 % erreicht, bei doppelseitiger in in 25,0 resp. 30,0 %

Ottendorff-Hamburg-Altona.



53) **Kirmisson** (Paris). Du traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante. (Ueber die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.) (Rev. d'orth. 21. Bd. S. 327.)

K. verwirft alle gewaltsamen Methoden und hält nur ein manuelles Vorgehen für berechtigt. Unter 2 Jahren reponiert K. nur ungern wegen der mangelhaften Ausbildung der Gelenkteile und wegen der leicht eintretenden Beschädigung der Verbände; als obere Grenze betrachtet er im allgemeinen das siebente Jahr. Die Reposition und die primäre Stellung ist die von Lorenz angegebene, um eine Schrumpfung der hinteren Kapselwand zu erzielen, doch nimmt K. das Knie nicht mit in den Verband hinein. Nach 3 Monaten Verbandwechsel in Narkose, wobei die Hüfte in volle Extension, mässige Abduktion und in Innenrotation gestellt wird. Hindernisse bei der Reposition von Seiten der Muskeln, speziell der Adduktoren werden durch Massage beseitigt; falls bei der zweiten Korrektur die Abduktoren und die Flexoren des Kniegelenks stören, scheut K. auch vor Tenotomien nicht zurück. Der zweite Verband bleibt weitere 3 Monate liegen, falls dann noch Neigung zur Aussenrotation besteht, wird die Verbanddauer um weitere 2 Monate verlängert. Von Seiten der Knochen stört die Ungleichheit der Gelenksteile und die Anteversion des Schenkelhalses, auch die Enge des Kapselschlauches kann die Reposition erschweren resp. unmöglich machen. Bei starkem Hochstand der Köpfe wird vorher extendiert. Frakturen oder Lähmungen als Begleiterscheinungen der Einrenkung hat K. seiner Angabe nach nie erlebt. Doppelseitige Luxationen hält er für nicht wesentlich schwieriger als einseitige. Der Hochstand des Kopfes ist nicht immer massgebend für die Schwierigkeit der Reposition. Spontane Heilungen kommen vor. Doppelseitige Verrenkungen reponiert K. in einer Sitzung. In der ersten Serie seiner Fälle hatte K. bei einseitiger Luxation 39% Heilungen bei doppelseitiger 11%, die in der zweiten Serie auf 87, resp. 68% anwuchsen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

54) **Codet** (Boisse). Rotation interne du fémur au deuxième temps du traitement de la luxation congénitale. (Innenrotationsstellung des Femur bei der zweiten Etappe in der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.) (Rev. d'orth. Bd. 21, S. 305.)

C. empfiehlt nach der Reposition der angeborenen Hüftverrenkung die Kinder zunächst in Aussenrotation und Abduktions-



Flexionsstellung einzugipsen, beim nächsten Verbandwechsel nach ca. 3 Monaten das Bein stark nach innen zu rotieren, um so vor allem einer Reluxation nach vorn vorzubeugen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

55) **Müller** (Stuttgart). Ein wetieres Präparat von behandelter Hüftgelenksluxation. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 334.)

Beschreibung eines Präparates von einem Kinde, bei dem 1 1/2 Jahre vor den Exitus die Reposition und zwar im Alter von 2 1/2 Jahren vorgenommen worden war. Die anatomische Untersuchung ergab eine sehr flache Pfanne, die von einer Fettschicht ausgekleidet war. Die Gelenkkapsel war sehr straff, der Hals stark antevertiert. Bei der grossen Flachheit der Pfanne konnte der Kopf nur durch die starke Schrumpfung der Kapsel an Ort und Stelle gehalten worden sein; auch klinisch hatte sich Neigung zu Versteifung gezeigt. Vor, während und nach der Reposition erwies sich der Fall ebenso wie alle anderen, die völlig geheilt wurden. Ob bei diesem Kinde aber ein annäherud normales Gelenk zur Ausbildung gelangt wäre, scheint M. zweifelhaft.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

56) **Deutschländer** (Hamburg). Zur Technik der blutigen Reposition angeborener Hüftverrenkungen. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 219.)

D. verwendet bei der blutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung einen Schnitt, der in der Genitokruralfalte hinter den Adduktoren über die Mitte des Foramen obturatorium auf die leere Pfanne und von da auf den Schenkelkopf eingeht. Nach einer Fixationsdauer von 3—4 Wochen und einer Nachbehandlung von 6—8 Wochen ist dann die Behandlung abgeschlossen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

57) **Castellari** (Neapel). Di un interessante tumore del grande trocantere. (Gazzetta internazionale di medicina e chirurgia, 1 maggio 1910.)

Es handelt sich um ein Adenom des grossen Trochanter, von dem Verf. annimmt, dass es entweder durch embryonalen Einschluss oder als einfache Metastase eines Organes mit adenoider Struktur, welches den anfänglichen Sitz des Prozesses darstellen würde, erklärt werden kann. **Buccheri**-Palermo.



58) **Luigi Vercelli** (Novara). Il cerclage nelle fratture della diafisi femorale. (Gazzetta degli ospedali. A. XXXI. Nr. 80.)

Verf. illustriert einen klinischen Fall mit Radiographien und kommt zu dem Schluss, dass es bei den Frakturen der Femoraldiaphyse, deren exakte Reduktion unblutig nicht möglich ist, angezeigt ist, blutig einzugreifen und die Osteosynthese vorzunehmen. Das beste Mittel der Osteosynthese ist bei diesen Frakturen die Metallumreifung. **Buccheri**-Palermo.

59) **Schultze** (Duisburg). Die subkutanen Rupturen des Quadriceps. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 457.)

Die Zerreissung der Quadricepsehne erfolgt entweder unmittelbar am Ansatz der Patella oder höher oberhalb. Häufig geben in die Sehne eingelagerte Knochenkörper oder Allgemeinerkrankungen eine Prädisposition zur Ruptur. Klinisch ist eine Delle oberhalb der Patella und das Fehlen der aktiven Streckung von Bedeutung. Als Behandlungsmethode kommt abgesehen von den nur partiellen Zerreissungen nur die blutige Naht in Betracht. Sch. benutzt zum Aneinanderbringeu der zerrissenen Gewebe Muzeuxsche Zangen und näht das auf diese Weise entspannte Gewebe. Nach 8 Tagen lässt er den Patienten aufstehen und nach 14 Tagen umhergehen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

60) **De Sarto.** Su di un caso di osteoma tendineo del quadricipite femorale. (Giornale di medicina militare 1910. fasc. 1—2.)

Klinische Kasuistik. **Buccheri**-Palermo.

61) **Mannino** (Neapel). Due casi di frattura esposta della rotula trattati mediante la sutura ossea ed il cerchiago. (Gazetta internazionale di Medicina 1910.)

Nach Beschreibung seiner klinischen Fälle schliesst Verf.: Die subkutanen Querfrakturen der Kniescheibe, bei denen der Bänderapparat intakt oder fast intakt geblieben ist, wodurch die Diastase der Fragmente eine minimale ist, sind mit Massage und frühzeitiger Mobilisierung zu behandeln, da mit dieser Behandlung zumeist ein befriedigendes anatomisches und funktionelles Resultat erzielt wird. Die subkutanen Quer- und Splitterbrüche mit ausgedehnter Zerreissung der Ligamente, bei denen die Diastase der Fragmente eine bedeutende ist, und die offenen Frakturen sind bis auf besondere Verhältnisse, welche den Operationsakt kontraindizieren, mit der Knochennaht, der Umreifung zu behandeln, auf die in kurzem Ab-



stand Massage und frühzeitige Mobilisierung folgen. Als Nahtmaterial entspricht ein kräftiger Silberdraht vorzüglich dem Zweck.

Buccheri-Palermo.

62) **Gierszewski.** Über die subkutane Zerreissung des Ligamentum patellae proprium und die offene Naht desselben. (Diss. Greifswald. 1910.)

Auf Grund seiner an drei selbst beobachteten Fällen gemachten Erfahrungen, deren Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen genau wiedergegeben werden, und auf Grund seiner Studien der diesbezüglichen Literatur tritt G. warm für die offene Naht mit der entsprechenden Nachbehandlung ein, die als das Normalverfahren zu gelten hat, das den schnellsten und sichersten Erfolg bringt. Und zwar ist G. unbedingt für ein möglichst frühzeitiges, am besten sofortiges Eingreifen nach der Verletzung. Wenn von mancher Seite bei partiellen Rupturen für vorläufiges exspektatives Verhalten plaidiert und erst nach nicht erfolgter spontaner Verheilung ein operatives Eingreifen empfohlen wird, so ist das nach des Verf. Ansicht ein ganz unrichtiger Standpunkt, da durch das lange Zuwarten, abgesehen von Schmerzen und Beschwerden, entschieden die Ausbildung einer Atrophie der Quadricepsmuskulatur resp. Gelenksteifigkeit begünstigt und die Heilungsdauer ganz unnötigerweise verlängert wird.

Blencke-Magdeburg.

63) **Schultze** (Duisburg). Die Ruptur des Streckapparates im Bezirk des Ligamentum patellae. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 467.)

Wesentlich seltener als die Frakturen der Patella sind die Zerreissungen im Gebiete des Ligamentum patellae, die am oberen oder unteren Ende oder auch in der Mitte stattfinden können. Am meisten betroffen ist das 2. und 3. Decennium. Verletzungen des Knochens, die häufig dabei eintreten, dokumentieren sich im Röntgenbilde. Für die Funktion ist von grosser Wichtigkeit, in wie weit der seitliche Streckapparat erhalten geblieben ist. Auch bei der Operation, die in den meisten Fällen anzuraten ist, kommt es auf eine exakte Wiedervereinigung des Reservestreckapparates an. Sch. empfiehlt durch Muzeuxsche Klammern die Adaptierung der zerrissenen Partien zu bewirken, da sich dann eine exakte Naht leicht ausführen lässt. Die Prognose ist vor allem bei zeitigem Eingreifen eine gute zu nennen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



64) **Karl Körber** (Bern). Die Meniskusverletzungen des Kniegelenks. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 106. Bd., 1—3. H.)

Nach eingehender Literaturangabe beschreibt K. 26 Fälle von Meniskusverletzungen, von denen 19 operativ, 7 konservativ behandelt wurden. In 24 Fällen war der Meniskus int. verletzt, in zweien der äussere. Die grösste Rolle spielt die Spaltung des Meniskus in 2 Teile durch einen Binnenlängsriss, wobei der innere Schenkel gegen die Mitte des Gelenks zu verlagert wird. Dieser Meniskus bipartitus nach Steinmann wurde bei 17 Operierten neunmal angetroffen.

In den meisten Fällen handelt es sich um Meniskuszerreissung (nicht Meniskusluxation), die durch forcierte Rotation des gebeugten Unterschenkels zustande kommt, meist durch indirekte Gewalt von geringer Stärke. Da auch Spontanruptur vorkommt, muss man wohl eine Disposition annehmen.

Die frische Meniskusverletzung macht die Symptome einer Distorsio genu: Gelenkerguss, Zwangsbeugestellung, d. h. das Gelenk bleibt in leichter Flexionsstellung fixiert und kann nicht gestreckt werden. In der Gelenkspalte fühlt man einen beweglichen, druckempfindlichen Körper, der bei Streckung des Gelenks hervortritt und bei Beugung verschwindet. Form und Lokalisation sind bei Meniskusverletzung konstant, bei Gelenkmaus wechselnd.

Schliesslich kommt es zur sog. habituellen Luxation nach Bruns, die dieselben Erscheinungen im abgeschwächten Masse aufweist.

Bei der frischen Verletzung empfiehlt K. den Versuch der konservativen Behandlung, nämlich die Ruhigstellung, dann Druckverband und Massage, bei der habituellen Form die Operation, die totale oder partielle Exzision des Meniskus durch Längsschnitt vor dem Lg. collaterale tibiale. Bei dem Meniskus bipartitus ist die Abtragung des Binnenschenkels rationell. Dann 8—14 Tage Bettruhe, Entlassung in 10—20 Tagen. Die volle Arbeitsfähigkeit tritt schon nach 4 Wochen ein, bei Versicherungspatienten später.

Die Resultate dsr Operation waren durchaus günstige.

Zander-Heidelberg.

65) **Otto Köhler** (Göttingen). Über isolierte Ausreissung der Ligamenta cruciata des Kniegelenks. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 106. Bd., 1—3. H.)

Die Kreuzbänder haben eine enorme Festigkeit, sodass sie nie in der Mitte zerreissen, sondern am Knochenansatz mit oder ohne



Mitnahme eines Knochenstückes. Gewöhnlich ist der Sitz des Ausrisses am Femur. Bei der isolierten Kreuzbandzerreissung, deren Seltenheit bisher überschätzt wurde, findet sich neben der Unversehrtheit des übrigen Bandapparates nur die Zerreissung eines Kreuzbandes.

K. berichtet über 3 eigene Beobachtungen von Ausreissung von Knochenstücken durch das Lig. cruciatum ant., das eine Mal am Femur, die beiden andern Male an der Tibiainsertion. Die erste Verletzung kam durch einen Unfall zustande, bei dem die Hyperadduktion des Knies als Ursache anzusehen ist. Die 2. und 3. Beobachtung wurde zufällig in der Anatomie an zwei Leichen gemacht. Verf. geht näher auf die experimentelle Erzeugung der isolierten Kreuzbandzerreissung an der Leiche und am Knochenbandapparat ein.

Zander-Heidelberg.

66) **Cocco** (Neapel). Contributo allo studio dell'etiologia e patogenesi del genu valgum e della talalgia. (Gazetta internazionale di medicina e chirurgia. 15 maggio 1910.)

Verf. kommt zu dem Schluss:

1. Einigen Krankheitsformen aus der Gruppe der Wachstumsaffektionen kommt kein rachitischer oder mechanischer, sondern vielmehr ein tuberkulöser Ursprung zu.

2. Analog zu der Anschauung Poncets über den tuberkulösen Ursprung einiger Formen von Skoliose, Coxa vara etc. kann Verf. auf Grund seiner zwei mitgeteilten klinischen Beobachtungen behaupten, dass zuweilen der bazilläre Ursprung auch in einigen Fällen von Genu valgum und Talalgie klar zu Tage tritt.

3. Eine solche Natur ist anzunehmen, wenn eine ähnliche Belastung in der Familiengeschichte angetroffen wird, und die anamnestischen Daten, Auftreten, Verlauf, gewissenhaft bewertete objektive Symptome, die tuberkulösen und nicht dystrophischen Erscheinungen eigenen klinischen Charaktere zeigen.

4. Ausser Zweifel steht es, dass es sich um tuberkulöse Formen handelt, wenn die Tuberkulinreaktion positiv ausfällt.

5. Ist so die bazilläre Natur in abgeschwächter Form direkt bestätigt und die rachitische Natur ausgeschlossen, so können zur Ausschaltung der letzteren auch noch die Daten des Alters, die Tatsache, dass früher keinerlei rachitische Erscheinung aufgetreten war, das Fehlen von gleichzeitig vorhandenen Läsionen solcher Natur dienen.

Buccheri-Palermo.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

67) **British medical association.**

78. annual Meeting. 26. July 1910. London, address in surgery.

Gilbert Barling. Treatment of malignant disease.

Bei dem Enthusiasmus, mit der die Radiumtherapie in England aufgenommen wurde, und bei ihrer weiten Verbreitung dürfte es interessieren, den Standpunkt eines bedeutenden englischen Chirurgen zu erfahren, der wohl von dem unserigen nicht sehr abweicht. Als Heilmittel bei malignen Erkrankungen hat sich das Radium bis jetzt beim ulcus rodens bewährt. In der Carcinomtherapie muss ein definitives Urteil noch abgewartet werden, da die Zeit noch zu kurz ist, um Rezidive auszuschalten, einige günstige Resultate müssen zugegeben werden. Grosse Tumoren werden verkleinert, zeigen aber nach Aussetzen der Therapie gesteigertes Wachstum, auch Generalisation ist öfters beobachtet. Dankbar anzuerkennen sei die günstige Beeinflussung der Schmerzen bei inoperablen Geschwülsten, die rasche Vernarbung offener Stellen. Aber trotzdem glaubt B. die Verantwortung noch nicht übernehmen zu können, operable Geschwülste auf anderem Wege als durch die Operation zu beseitigen.

Thompson empfiehlt Celluloidplatten zur Deckung von Hernien und auch als Ersatz von Knochen bei Trepanationen, berichtet über verschiedene gute Erfolge.

Section of diseases of children.

Coots eröffnet die Diskussion über die Diagnose und Behandlung von nicht tuberkulösen Arthritiden bei Kindern. Er bespricht das häufige Vorkommen von rheumatoiden Arthritiden bei Kindern, die Diagnose kann nur nach genauester Anamnese und anderweitig aufgetretenem Rheuma gestellt werden. Die Klassifikation von akut, subakut und chronisch will er nicht gelten lassen und spricht Fälle, die nicht auf Salizyl reagieren, nicht als rheumatisch an. Er erwähnt die gelegentlich vorkommende Kombination von rheumat. Arthritis mit Poliomyelitis anterior. Bei Purpura empfiehlt er Antistreptococcenserum per os. Ferner bespricht er die Arthritiden bei kongenitaler Syphilis und die infektiösen Arthritiden bei Pneumonie, Scarlatina und Enteritis.

Corner bespricht ausführlich die der Tuberkulose ähnliche pseudotuberkulöse Arthritis, entstanden durch Strepto- oder Staphylococcen und hält auch sekundäre Infektion bei Tbc. nicht für selten. Er verspricht sich viel von der Vaccinetherapie.

Murphy berichtet über Fälle von Pneumococcenarthritiden und auch über einige seltene Fälle von kindlicher Gonococcenarthritis.

Gray hält die Mischinfektionen für selten.

Mc. **Caw** (Belfast). Die sogen. Wachstumsschmerzen sind meistens rheumatische und sollen darnach behandelt werden.

Elmslie hält viele Fälle von chron. Rheumatismus für schmerzlose Tuberkulosen.

Wynter berichtet über gute Erfolge von Kampherbehandlung bei Pneumococcen-Arthritis.

Jones (Derby) warnt vor Herzkomplikationen bei Salizylbehandlung.

Gauvain beschreibt die am Krüppelheim zu Alton angewendeten Methoden von konservativer Behandlung der tuberkulösen Krüppel.



Tarsens erwähnt die häufige Verwechslung von praevertebraler Tuberkulose der Lenden- und Kreuzbeinwirbel mit Coxitis und bespricht die Wichtigkeit lokaler Behandlung, die heutzutage in England häufig durch die allgemeinen Naturheilmethoden zu kurz kommt.

Section of radiology and medical electricity.

Merton (London) zeigt merkwürdige Knochenveränderungen bei chronischen X-Strahlen-Dermatitis.

Somerville (Glasgow) empfiehlt die Hochfrequenz-Ströme zur Behandlung von Neuralgie und Frakturschmerzen.

Bailey (Brighton) hat gute Erfolge mit strahlender Hitze und folgender Jodionisation bei chronischer Synovitis und allen fibrinösen Ablagerungen im Gelenk, die Schmerzen oder Bewegungshindernisse verursachen, zu verzeichnen. Er hat die Erfahrung gemacht, dass das Jod günstiger auf die Ablagerungen wirkt, als die anderen halogenen Stoffe.

Lewis Jones berichtet über die guten Erfolge, die er mit dieser Methode bei den so häufigen Knieschmerzen älterer Damen (Arthritis deformans) erzielt hat.

Leduc (Nantes) beschreibt die genaue Technik der Jonisation und berichtet über gute Erfolge bei nicht knöcheren Ankylosen.

Limpson (Golspic) erwähnt die Vorteile der Röntgenstrahlen zur Erkennung der Frakturen.

Rowden hält die Röntgenstrahlen für das sicherste diagnostische Mittel zur Feststellung der vorhandenen oder nicht vorhandenen Nierensteine.

Dawson Turner (George) hat Versuche über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf wachsende Kaninchengehirne angestellt. Trotz erzielter Wachstumsstörung und unleugbarer Gewichtsveränderung der Gehirnmasse war es ihm nicht möglich, mikroskopisch irgend welche Veränderung der Substanz zu finden, es bestehen für ihn keinerlei Bedenken, X-Strahlen bei kleinen Kindern anzuwenden.

Thomson (Cambridge) spricht als Physiker über die gewebsverändernden und zerstörenden Elemente der X-Strahlen, dieses seien die weichen Strahlen, die sofort vom Körper absorbiert würden. Bei explorativer Anwendung wäre es wichtig, diese Strahlen los zu werden, während sie therapeutisch gerade die massgebenden seien. Er dachte eine Methode zu finden, gerade diese Strahlen zu erzeugen; direkt von der Röhre sei dies sehr schwierig, aber ein Schüler von ihm, Barkla, schlug vor, die sekundären Strahlen, die unter gewissen Bedingungen, nämlich wenn Metall oder ähnliche Substanzen getroffen werden, erzeugt werden, zu verwenden und fragt an, ob diese Verwendung möglich sei

Dominice und **Warden** (Páris) sprechen noch über durch Radium geheilte Lymphadenome, Sarcome der Mucosa des Oberkiefers etc.

Section of surgery.

Arbuthnot Lane. Operative treatment of simple fractures. Bei der Diskussion über die Frakturbehandlung wird vorwiegend die Indikationsstellung zur unblutigen oder blutigen Reposition besprochen. L. ist ein Anhänger der letzteren, und betrachtet als einzige Gegenindikation für die Anlegung von Draht, Schrauben etc. die weichen rhachitischen und alten marantischen Knochen spez. der Alkoholiker.



Barling erwähnt, wie schwierig es sei, stets den richtigen Weg zu finden.

Deansly will nur bei Frakturen nahe am Gelenk operiert wissen.

Willems (Gent) bevorzugt die Extensionsmethoden und legt auch bei blutiger Reposition bei einfacher Fraktur keine Fremdkörper an oder in den Knochen, sondern legt den grössten Wert auf exakte Adaptierung und exakten Verband.

Spencer glaubt, dass die von Lane blutig operierten Femurschaftfrakturen auch durch einfachen Extensionsverband geheilt werden. Bei kindlichen Frakturen nahe dem Ellbogengelenk extendiert er in extremster Flexionsstellung. Bei tiefsitzenden Unterschenkelfrakturen, die der Reposition Schwierigkeiten machten, genüge oft die Achillotomie.

Whitelocke empfiehlt auch zur Knochennaht resorbierbares Material, Kangaroosehne oder Katgut halte nach seinen Erfahrungen ebensogut wie Nagel und Schrauben.

Morton, Shenton sprechen vom Standpunkte der Radiographen sich dahin aus, dass einzelne gut adaptierte Frakturen nicht nur nicht ohne Operation, sondern auch ohne Schienenverbände ausheilen könnten. **Mosenthal**-Berlin.

68) **Bauer.** Schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. Med. Sektion 15. Juli 1910. (Ref. Merl. klin. Woch. 1910 No. 33.)

Hochgradige amniotische Abschnürungen. Steissgeburt. Keine Missbildungen in der Familie. Das rechte Bein ist um 7 cm kürzer als das linke, beträchtliche Umfangdifferenzen. Tibia nur andeutungsweise vorhanden, Fibula und Kniescheibe nicht nachzuweisen. Kerne der Fusswurzelknochen im Röntgenbild nicht zu erkennen. Nur der 1. und 3. Gewebsstrahl ausgebildet-Fuss steht in ausgeprägter Equinovarusstellung mit „Hummerscheren. stellung“ der ersten und fünften Zehe. Am linken Bein ist neben Deformität der Tibia ein teilweiser Defekt der Fusswurzelknochen und der 2. Zehe vorhanden. Jedenfalls Schädigungen durch das Amnion, die sogen. Simonartsehen Bänder, die durch Umschnürung in den 3 ersten Embryomalmonaten diese Entwicklungsstörungen verursachten. **Hohmann**-München.

69) **Schiller**. Schlesische Gesellsch. für vaterländ. Kultur in Breslau. Med. Sektion 21. Januar 1910. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910 No. 31.)

Halbseitige Entwicklungsanomalie. Bei 11½ jähr. Knaben ist linke Körperhälfte stärker entwickelt als rechte. Kompensatorisch besteht Schiefstellung des Beckens, Skoliose und Hinken. Linkes Ohr und Auge, sowie linke Zungenhälfte ist grösser. Rechts Kryptorchismus. Unklare Aetiologie. **Hohmann**-München.

70) **Codivilla** (Bologna). Sulla patogenesi e sulla terapia degli accessi convulsivi che si osservano dopo alcune operazioni ortopediche. (Società medico-chirurgica, 27 maggio 1910.)

Am häufigsten treten die konvulsiven Anfälle nach Anwendung der Extensionsmethoden der Extremitäten mit dem Codivilla'schen Nagel und nach der forzierten Lagerung der Extremitäten selbst auf. Die konvulsiven Anfälle hören von selbst auf, wenn der Zug entfernt oder die forzierte Lagerung aufgehoben wird, und zwar häufig so unmittelbar, dass an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Erscheinungen gedacht werden muss.

Versuche an Kaninchen, bei denen ein Zug an dem Ischiaticus ausgeübt wurde, lieferten die Bestätigung für den vermuteten Zusammenhang. Die



Meinung von Schanz von dem Fettembolismus ist demnach zu verwerfen, ebenso wie die Behandlungsmethode mittels Hypodermoklysen wenig Vertrauen bietet: Die wirklich wirkungsvolle Behandlung ist die der Beseitigung der Dehnung der Weichteile. **Buccheri**-Palermo.

71) **Sick.** Aerztlicher Verein in Stuttgart 3. III. 10. (Ref. Deutsche Med, Woch. 1910 No. 36.)

Rachitis tarda. Bei 19 jähr. jungen Mann seit $1^{1}/_{4}$ Jahr Schmerzen beim Gehen und Stehen in unteren Gliedmassen (Fuss, Knie und Hüfte), die zur Arbeitsunfähigkeit führten. Plattfusseinlagen ohne Erfolg. In der Entwicklung zurückgebliebener Mensch, Epiphysen etwas aufgetrieben. Röntgenbild: Verbreiterung der Epiphysenlinie, Enden der Diaphysen wie angefressen, ausgezackt, Knochenbälkchen teils zerrissen, teils verdickt. Im Kindesalter Störung des Kalkstoffwechsels: Operation an Blasensteinen und Phosphaturie. Rachitis tarda. **Hohmann**-München.

72) **Silvestri** (Modena). Teoria infettiva del rachitismo. (Società medico-chirurgica di Modena. Seduta 18 febbraio 1910.)

Die klinische Beobachtung steht gegen die spezifisch infektiöse Natur der Rachitis, gegen das obligatorische Eingreifen irgendeines Keimes zur Entstehung derselben, sowie auch gegen die ätiologische Einheit der Rachitis und Osteomalazie. Es geht nicht an, aus Analogie mit dem, was spontan bei einigen Tierarten beobachtet wird, und auf Grund der Resultate der Masseneinspritzungen von aus den Knochen rachitischer Kinder isolierten Mikroorganismen in weisse Mäuse auf die spezifisch infektiöse Natur zu schliessen. Letztere bestätigen vielmehr, wenn ohne Voreingenommenheit gedeutet, dass die gefundenen Keime nicht im geringsten spezifisch sind. **Buccheri**-Palermo.

73) **Koerber.** Aerztlicher Verein in Hamburg 1. III. 10. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 33.)

Osteochondritis dissecans. 4 Fälle von corpus liberum im Kniegelenk traten nach Trauma auf. Dies ist als Ursache anzusehen. Für Entzündung waren keine Anhaltspunkte. **Hohmann**-München.

74) **Perthes.** Mediz. Gesellsch. zu Leipzig 5. Juli 1910. (Ref. Münch. Med. Woch. 1910. No. 36.)

Ueber Arthritis deformans juvenilis. An der Hand von 6 beobachteten Fällen dieses noch umstrittenen Krankheitsbildes (3 Knaben, 2 Mädchen mit einseitiger, 1 Knabe mit beiderseitiger Erkrankung, Alter 8—13 Jahre) teilt P. folgendes mit: Aetiologisch: kein Trauma nachweisbar; in einem Falle mit Wahrscheinlichkeit auf eine akute Osteomyelitis am oberen Femurende im Säuglingsalter zurückzuführen. — Pathologisch: Abflachung der Femurepiphyse, die allmählich fortschreitet, vielleicht durch Ernährungsstörungen in der Epiphyse, die zu subchondralen Resorptionsherden führen, bedingt. Die Deformation ruft Hemmung und Aufhebung von Abduktion und Rotation bei freier Flexion hervor. Keine Schmerzen bei Bewegungen, höchstens nach langem Gehen im Knie. In einigen Fällen Krepitation. Hinkender Gang durch Insuffizienz der Abduktoren.

Verwechslung mit Coxitis tuberkulosa oder Coxa vara. Therapie: keine immobilisierenden Verbände. Passive Bewegungen und Massage der Abduktoren.



Bei fortgeschrittenen Deformierungen operative Modellierung des Kopfes oder Resektion. **Hohmann**-München.

75) **Jeschke**. Aerztlicher Verein Marburg 26. Mai 1910. (Ref. Münch. med. W. 1910, Nr. 30.)

J. demonstriert einen 21 jähr. Mann mit multiplen kartilaginären Exostosen, mit Wachstumsstörungen des rechten Unterarms und der Beine verbunden. Kleine Statur gegenüber seinen Geschwistern. In der Diskussion beleuchtet Friedrich die gesetzmässig wiederkehrenden Beziehungen der Exostosen zum Gefässverlauf der Art. nutritia. Es kommt nur oder fast nur an den Epiphysen zu Exostosen, von denen der Strom der Nutritia abgewendet ist **Hohmann**-München.

76) **Hagen.** Aerztlicher Verein Nürnberg 21. April 1910. (Ref. Münch. Med. Woch. 1910 No. 33.)

Ueber Knochenlues im Röntgenbild. Charakteristisch sind die Periostveränderungen, indem das Periost zirkulär verdickt und durch eine Exsudatschicht von der Cortikalis abgehoben ist. Bei Mitbeteiligung der Cortikalis sieht man oft die durch Exudat erweiterten Haverschen Kanälchen in Form von Längsstreifen. Die periostalen und cortikalen Gummen sind meist nicht als solche zu erkennen. Die dem Entzündungsprozess benachbarten Teile sind nicht atrophisch wie bei der Tuberkulose. Bei Ostitis und Osteomyelitis luetica sieht man oft Einschmelzung und Proliferation nebeneinander. Teils rareficieren, teils sklerosieren die Prozesse. **Hohmann**-München.

77) **Enderlen.** Würzburger Ärzteabend. 12. Juli 1910. (Ref. Münch. med. Woch. 1910, Nr. 35.)

Fälle von Knochentransplantation:

1. Pseudarthrose des Humerus: Anfrischung und Bolzung durch Periostknochenstück aus Tibia.
2. Resektion der unteren Femurepiphyse wegen Sarkom: Bolzung von femur und tibia durch ein Stück fibula.
3. Resektion der Femurdiaphyse wegen Sarkom: Ersatz durch die ganze Fibula (gute Einheilung bei der später wegen Rezidiv nötigen Exartikulation wahrzunehmen).
4. Fraktur des Femur im unteren Drittel mit starker Dislokation des distalen Fragments: Bolzung mit Periostknochenspahn der Tibia; gutes Resultat.
5. Arthrodese des Kniegelenks: Bolzung mit einem Stück der Fibula.
6. Das Gelenk von 5 in toto reseziert und auf einen anderen Patienten verpflanzt. Operation vor 2 Monaten: geringe Bewegungen möglich, erst später Belastung.
7. Resektion der oberen Hälfte des Humerus wegen Sarkom: Transplantation einer proximalen Humerushälfte mit Kopf (einer noch warmen Leiche eines Verunglückten entnommen). **Hohmann**-München.

78) **Küttner.** Schles. Gesellsch. für vaterländ. Kultur zu Breslau. Med. Sektion 15. Juli 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 33.)

Zwei erfolgreiche Gelenktransplantationen aus der Leiche.
1. Implantation des Hüftgelenks und oberen Femurdrittels nach Re-



sektion wegen Chondrosarkom bei 31jähr. Mann. Das Gelenk stammte von einem Patienten mit Hirntumor, der im Coma gestorben war. Das Gelenk wurde 12 Stunden post mortem aseptisch entnommen, 24 Stunden in Kochsalzlösung mit Chloroformzusatz aufgehoben und also 36 Stunden post mortem implantiert. Reaktionslose Heilung. Jetzt 5 Monate post operationem. Konsolidation an der Vereinigung des peripheren Femurendes mit dem implantierten Femur. Auch am Leichenknochen Callus sichtbar.

2. Implantation der Tibiagelenkfläche des Knies mit einem 9 cm langen Tibiastück nach Resektion wegen Chondrosarkom bei 45jähr. Mann. Von einer an Embolie nach Oberkieferresektion verstorbenen Frau wurde 3 Stunden post mortem die linke obere Tibia- und Fibulahälfte aseptisch entnommen. Aufbewahrung in Ringerscher Lösung ohne Chloroform und im Kältekasten „Frigo". Andern Tags Operation (27 Stunden post mortem). Bolzung mit dem ca. 15 cm langen Fibulastück aus der Leiche. Temperatursteigerung bis 38,6 in der ersten Woche durch Resorption. Dann normale Temperatur. Jetzt 6 Wochen post operationem. **Hohmann**-München.

79) **Heinemann.** Medizin. Gesellschaft Giessen 21. Juni 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 30.)

Nagelextensionsbehandlung von Frakturen. 15 Fälle von Frakturen der unteren Extremität mit meist günstigem Erfolg. Beim Oberschenkel 14, beim Unterschenkel 7 Kilo Gewicht. Indikation: inveterierte Frakturen mit grosser Dislokation, komplizierte Brüche mit grossen Wunden.

Hohmann-München.

80) **Milian.** Société médicale des Hôpitaux 6. Mai 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 30.)

Tuberkulöser Gelenkrheumatismus: 43jähr. Frau mit deformierendem chron. Gelenkrheumatismus, der sich im Anschluss an eine tuberkulöse Osteitis des Keil- und Hüftbeins entwickelt und zur Ankylose des linken Knies geführt hat. Mutter starb an Lungentuberkulose. An der Dorsalseite der Fingergelenke bewegliche gestielte Verdickungen, die histologisch aus hyalinentartetem Bindegewebe mit zahlreichen atypischen Tuberkelknötchen bestehen. In ihnen fand man Käseherde, Riesenzellen, einmal einen Tuberkelbazillus.

Hohmann-München.

81) **Melchior.** Schles. Gesellsch. für vaterländ. Kultur in Breslau. Med. Sektion 4. Februar 1910. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910 No. 31.)

Tuberkulöser Gelenkrheumatismus. M. stellt einen typischen Fall der Poncet'schen Erkrankung vor, bei dem die Gelenkerscheinungen 3 Wochen nach einem grösseren operativen Eingriff (Exartikulation des tuberkulösen Unterkiefers) auftraten. Tuberkelbazillen wurden im Blut nachgewiesen. **Hohmann**-München.

82) **Minkowski.** Schles. Gesellsch. für vaterl. Kultur in Breslau Med. Sektion 1. Juli 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910. No. 32.)

Rheumatoiderkrankung bei Tuberkulose. 34 j. Patientin leidet seit ihrem 16. Jahr an Lungentuberkulose, die langsam fortschreitet. 1907 trat schmerzhafte Schwellung beider Handgelenke ein, die nach 14 Tagen zurück-



ging unter Hinterlassung von Versteifungen der Gelenke. In Schüben traten von da an Gelenkschwellungen aller Extremitätengelenke auf. 1908 Versteifung des l. Kniegelenks, 1909 des rechten Knies. Jetzt besteht das Bild einer chron. deformankylosierenden Polyarthritis mit Auftreibungen der Gelenke, Schrumpfungen der Bänder, Subluxationen. Klinisch ist das Bild nicht verschieden von den sonstigen chronisch-deformierenden Gelenkprozessen, auch ist die Behandlung mit physikalisch-therapeutischen Massnahmen die gleiche. Actiologisch ist ein Zusammenhang mit der tuberkulösen Infektion nicht von der Hand zu weisen. — In der Diskussion bespricht Küttner den Fall eines 21 jähr. Mädchens, bei dem nach einer Totalexstirpation des Unterkiefers wegen Tuberkulose plötzlich unter Schmerzen und Fieber Ergüsse im Ellenbogen, Knie und Fussgelenk auftraten. Die Erscheinungen blieben 2 Monate auf der Höhe, dann klangen sie ab. Später traten Oedeme infolge Nierenamyloid ein. Exitus an ulceröser Phthise und Amyloid. Sektion: im l. Kniegelenk Synovialflüssigkeit vermehrt, Rötung, Synovialis zottig hyperämisch, stellenweise pannös, an einzelnen Partieen fungusartig. Im r. Fussgelenk Kapsel hyperämisch, pannös, am inneren Talusrand zwei kleine Knorpelusuren. Linkes Ellenbogengelenk normal. Mikroskopisch Tuberkel; also echte Erscheinungsformen der Tuberkulose.

Melchior betont, dass bisher nur sehr selten eine exakte Grundlage für die Diagnose „Tuberkulöser Rheumatismus" vorhanden gewesen sei. Autoptisch fand sich Synovialtuberkulose in den Fällen von Laveran und Maillard, als Teilerscheinungen einer allgemeinen miliaren und einer disseminierten Tuberkulose, klinisch die Erscheinungen des akuten Gelenkrheumatismus. Im Fall von Dieulafoy und Griffon, der ausheilte, waren Tuberkelbazillen nachweisbar. Im Fall von Elbe ergab Excision aus zwei Gelenken im einen rein entzündl. Veränderungen, im anderen Tuberkelknötchen. Goetsch schaltet bei Tuberkulintherapie alle Fälle aus, wo Gelenkrheumatismus nachweisbar, da oft bei zu hohen Dosen typische Rheumatoide auftraten, ohne dass vorher Arthritiden bestanden.

Hohmann-München.

83) **Ribierre.** Société médicale des Hôpitaux II. 110. (Ref. Deutsche med. Woch. 1910, Nr. 34.)

Ein Fall von periodischer Hydrarthrose. Wahrscheinlich herrührend von einer Insufficienz der Schilddrüse, durch Schilddrüsensubstanz geheilt. Gandy sah einen Fall, der zwischen den Anfällen von Gelenkwassersucht freie Zwischenzeiten von einigen Monaten bis zu zwei Jahren hatte. Schilddrüsenbehandlung hier erfolglos. Caussade und Leven hatten einen fettsüchtigen, an Ekzem und Dyspepsie leidenden Patienten mit Hydrarthrose, bei dem strenge Diät sämtliche Krankheitserscheinungen beseitigte. Die punktierte Flüssigkeit eines Ergusses war schleimig, fadenziehend und enthielt intakte polynukleäre Zellen.

Hohmann-München.

84) **v. Stubenrauch**. Aerztlicher Verein München. 25. Mai 10. (Münch. m. W. 1910, Nr. 27.)

St. demonstriert 1. ein 10jähr. Mädchen mit Polyarthritis chronica, die im 4. Lebensjahr begann und zu Beugekontrakturen in Hüft- und Kniegelenken und Versteifungen in der Halswirbelsäule führte. Die Röntgenphotographie der Wirbelsäule zeigte Verschmelzung der Wirbel, die sich nicht mehr differenzieren lassen, wahrscheinlich durch Inkrustationen der geschrumpften Bandmassen bedingt. Pirquet stark positiv. (Poncetscher Rheumatismus? d. Ref.)



2. ein Bluterkniegelenk. Im Anschluss an ein Straucheln beim Gehen entwickelte sich in dem schon früher verletzten linken Beine im Laufe von 2 Wochen unter Fieber, Ikterus, Beugekontraktur der Hüfte ein fluktuierender Tumor in der Psoasgegend. Die Inzision entleert Blutkoagula (Haemophilie verheimlicht!). Mehrfache Nachblutungen unter Zeichen von Peritonitis, Exitus. Sektion: breiig zerfallene Muskulatur im Psoasgebiet, von da peritoneale Infektion. Linkes Knie typisches Blutergelenk, rostbraune Synovialis.

Hohmann-München.

85) **Lexer.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde Königsberg 7. III. 10. (Ref. Med. Woch. 1910 Nr. 35.

Freie Sehnentransplantation. An der Hand mehrerer Beispiele zeigt L. die Verpflanzung von Sehnenstücken in Defekte an Sehnen, Bändern, Kapsel usw. Neben der Schonung des Gewebes bei der Verpflanzung ist frühzeitige Funktion wichtig wegen der Gefahr der Verwachsung mit der Umgebung. Bei einer ischämischen Hand- und Fingerkontraktur durch engen Gipsverband wurden die Beugesehnen der Hand und Finger quer durchtrennt und nach der Streckung die Defekte zwischen den Sehnenstümpfen durch Sehnenstücke aus dem Fuss eines frisch amputierten Beines gedeckt. Nach 2 Monaten normale Stellung der Hand und Finger und Beugebewegungen bis zu einem Drittel des Normalen. — Bei einer Kapselzerreissung an der Innenseite des Kniegelenks mit breit klaffendem Spalt 4 Wochen nach der Verletzung wurde nach der Kapselnaht ein breites Sehnenstück aus dem rectus cruris desselben Patienten eingepflanzt. Bewegungen nach 8 Tagen. Gutes Resultat. — Bei einer Luxationsfraktur der Malleolen war nach 2 Wochen das lig. Deltoides noch nicht wieder verwachsen. Deshalb Ueberlagerung desselben mit einem Stück Achillessehne eines frisch Amputierten und feste Verbindung mit dem inneren Knöchel. Nach 2 Wochen Bewegungen. Gute Beweglichkeit und Gehfähigkeit. Das Material der auto- und homoplastisch verpflanzten Sehnen hält L. für besser als die Seidenzöpfe. **Hohmann**-München.

86) **Hübscher.** Medizin. Gesellschaft Basel 3. II. 10. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 34.)

Heilung eines Quadrupeden. 11jähr. Patient, mit 6 Monaten an Poliomyelitis erkrankt. Handgänger. Zuerst Beseitigung der Kontrakturen, dann Arthrodesen der Fussgelenke und doppelseitige Quadricepsplastik. Volle Gehfähigkeit erzielt. Die Verpflanzung der Tubermuskeln ergibt ein besseres Resultat als die der Spinamuskeln.

Hohmann-München.

87) **Ludloff.** Schles. Gesellsch. für vaterländ. Kultur Breslau Med. Sektion 4. III. 10. (Ref. Deutsche Med. Woch. Nr. 35. 1910.)

Hypotonie. Sehr schlankes, langes Mädchen mit Gelenkschlaffheit. Reflexe normal. Wohl Folgeerscheinung einer cerebralen Kinderlähmung nach Foerster. Foerster betont, dass neben der Muskelschlaffheit auch Minderwertigkeit der Intelligenz vorliegt. **Hohmann**-München.

88) **Forster.** Gesellsch. der Charité-Aerzte Berlin 3. III. 10. (Ref. Deutsche med. Woch. 1910 Nr. 35.)

Förstersche Operation. Seit Monaten unerträglich heftige Schmerzen in der linken Hand. Pupillenreaktion auf Licht erloschen. Leichte Blasen-



störungen und Sensibilitätsstörungen an der Brusthaut, Babinski positiv, Wassermann positiv. Wegen Erfolglosigkeit aller anderen Massnahmen Durchschneidung der 7. und 8. hinteren Zervikalwurzel. Sofortige Besserung. Weitere Besserung wird von der geplanten Durchschneidung der 1. Dorsalwurzel erwartet. **Hohmann**-München.

89) **Fischl.** Verein Deutscher Aerzte in Prag 4. II. 1910. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 34.)

Lordotische Alb[c]minurie. F. stimmt mit Jehles Ansichten überein. Einen Ausgang in Schrumpfniere hält er für möglich, im Hinblick auf seine Tierexperimente, wo es ihm gelang durch Lordosierung von Kaninchen interstitielle Nephritis zu erzeugen. Durch ein von Wohrizek konstruiertes Hessingkorsett mit Brückenstellung gelang es in einem Fall die Lordose zu beseitigen. **Hohmann**-München.

90) **Payr.** Mediz. Verein in Greifswald 25. II. 1910. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 32.)

Vorschlag zur Technik der arteriovenösen Umschaltung bei drohender Extremitätengangrän. Bei einem 70jähr. Manne mit beginnender angiosklerotischer Gangrän des einen Beins (grosse Zehe und Hacke) hat P. die Art. profunda femoris knapp unterhalb des Abgangs der A. circumflexa femoris lateralis in die Vena femoralis intubiert und durch Gefässnaht befestigt. Das Bein wärmte und rötete sich. Am 16. Tage exitus durch Herzschwäche und Lungenödem. In den letzten Tagen waren die Zirkulationsverhältnisse im Bein schlechter geworden. Die Gangrän breitete sich auch sub finem weiter aus. Die Sektion ergab feste Verklebung zwischen den vereinigten Gefässen, an der Einpflanzungsstelle einen festhaftenden wandständigen Thrombus, der aber nicht obturierte, in der Vene ein lockeres Blutgerinnsel. Die Art. tib. postica war durch organisierte Thromben verschlossen. P. empfiehlt die Art. profunda fem. zu wählen, weil sie ein fast gleiches Lumen wie die Art. femoralis hat und weil bei der Verwendung der Art. femoralis eine auftretende Thrombose an der Nahtstelle die ganze Zirkulation mit einem Schlage aufheben würde. Schwere Infektion ist Gegenanzeige. P. will bei weniger vorgeschrittenen Fällen den Eingriff anwenden. **Hohmann**-München.

91) **Schepelmann.** Verein der Ärzte Halle. 8. Juni 1910. (Ref. Münch. med. Woch. 1910, Nr. 32.)

Zwei seltene Halswirbelbrüche. Der eine Patient fiel von 3 m Höhe auf den Hinterkopf, war einige Minuten bewusstlos, konnte dann mühsam nach Hause gehen. Er klagte von da an über Schwindel, Rückenschmerzen, Steifheit und Schmerzen im Nacken. Der 7. Brustwirbeldornfortsatz springt etwas vor und ist druckempfindlich, die Brustwirbelsäule kyphotisch, Halswirbelsäule lordotisch, Beugung und Streckung frei, aber Drehen nach links und Seitwärtsbewegungen beschränkt, Nackenmuskeln angespannt. Röntgenbild: Kompressionsfraktur des 7. Brustwirbelkörpers und Fraktur am hinteren Atlasbogen hinter der massa lateralis und Dislokation dieser Hälfte nach unten. Die Atlasfraktur ist wahrscheinlich durch direkte Gewalt, Aufschlagen mit dem Nacken entstanden. — Dem anderen Patienten schlug ein Balken gegen Stirn- und linke Brustseite, wodurch er zu Boden mit dem l. Schulterblatt auf



einen grossen Stein fiel, während Kopf und Hals über den Stein nach hinten heruntergedrückt wurden. Vier Wochen lang Bettruhe. Mühsames Bewegen von Armen und Beinen. Dann Taubsein und krampfhafte Schmerzen auf Streckseite des l. Daumens und Zeigefingers, Steifheit im Nacken, ziehende Schmerzen von der linken Schulter bis in die Hand. Kopf wird steif gehalten, bei aktivem und passivem Drehen fester Widerstand, besonders beim Seitwärtsbewegen. Unterer Teil der Halswirbelsäule lordotisch. Druck auf die unteren Dornfortsätze der Halswirbelsäule schmerzhaft. Cucullaris, der Sternocleidomast. straff gespannt wie Bogensehnen. Röntgenbild: Schrägfraktur des 7. Halswirbelkörpers mit Kompression und Dislokation des oberen Fragments nach vorn unten, Zerstörung der Intervertebralscheibe, Lig. longitud. anter. abgehoben, zwischen ihm und der Vorderfläche der Wirbelkörper Callusbildung. Die Knickung der Wirbelsäule durch die Kompressionsfraktur wird durch Lordosierung ausgeglichen. Die Schmerzen in Arm und Fingern sind durch Druck auf die Wurzeln des 7. und 8. Segments (Median. u. Radial.) zu erklären. **Hohmann**-München.

92) **Joachimsthal.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 13. Juni 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 36.)

Halbwirbel als Ursache von Rückgratverkrümmungen. Bei einem 3jährigen Mädchen fand sich bei rechtsseitiger Lumbalskoliose auffallender Schiefstand des Beckens. Röntgenbild: Zwischen dem linksniedrigeren Lumbal- und 1. Sakralwirbel linkerseits ein fünfmarkstückgrosser rundlicher Schatten. Bei einem anderen Kind im unteren Teil der Brustwirbelsäule rechterseits zwei Halbwirbel mit Rippen. 3 Rippen waren verwachsen.

Hohmann-München.

93) **Benedetti** (Perugia). Un caso di Spondilosi rizomelica. (Istituto Umbro di Scienze e lettere. Seduta 17, marzo 1910.)

Beschreibung eines Falles, der bei einem 26jährigen Bauern mit negativer Heredität zur Beobachtung kam, welcher als Knabe ein starkes Trauma in der linken Seite durch Sturz von einer Eiche erlitten hatte.

Bei der Autopsie wurde tuberkulöse Meningomyelitis gefunden; die intervertebralen Scheiben waren verdickt, das Knochengewebe der Wirbel dagegen verdünnt. An den Coxofemoralgelenken ist vollkommene knorpelige Ankylose zu bemerken: Die Beckenknochen und der Schenkelkopf sind rarefiziert. Dieser Befund führt auf den Gedanken, dass die Spondylosis rhizomelica auf einer chronischen ankylosierenden Entzündung der Gelenke beruht und dass zwischen den Gelenkläsionen und denjenigen des Rückenmarks eine Relation besteht, die nachzuweisen vorläufig noch nicht möglich ist. **Buccheri**-Palermo.

94) **Goebel.** Breslauer chirurgische Gesellschaft. 11. Juli 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 35.)

Haematom des Musc. sternocleidomastoideus. An der Hand zweier Beobachtungen von Hämatomen im Kopfnicker, die eine bis zwei Wochen post partum (schwierige Extraktionen!) bemerkt wurden und bei denen es zu leichtem caput obstipum kam, verwendet sich G. für die alte Stromeyersche Lehre der Entstehung des Leidens infolge Muskelverletzungen intra partum. In der Debatte bemerkt Drehmann, dass er zwei Fälle von Haematom ohne



Caputobstipumbildung gesehen habe und dass er von der Erblichkeit des Leidens in vielen Fällen überzeugt sei. Küttner spricht gegen die Stromeyersche Lehre und für die Auffassung als angeborene Belastungsdeformität oder Vererbungsfolge. **Hohmann**-München.

95) **Plate.** Aerztlicher Verein in Hamburg 1. III. 10. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 33.)

Omarthritis gonorrhoica bei einer Gravida. In einem Falle Preisers und einem gleich verlaufenen Plates traten während der Gravidität heftige Schmerzen und Schwellung im Schultergelenk auf, bei denen Salicyl ohne Erfolg war. Nach der Abschwellung stand der Humeruskopf so tief, dass man die ganze leere Pfanne abtasten konnte. Ursache: Enorme Atrophie des Deltoideus. In der Mitte des Humerus in beiden Fällen derbe schmerzhafte Infiltration. Nach dem Partus werden in dem einen Fall im Vaginalsekret Gonococcen gefunden. Unter Radiogenbehandlung Besserung. Die Ursache für die besondere Schwere der Erscheinungen ist wohl die Gravidität, die auch bei Polyarthritis ungünstig wirkt. **Hohmann**-München.

96) **Salzer.** K. k. Gesellsch. der Aerzte, Wien 27. Mai 10. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 29.)

Luxation des linken Vorderarmes bei 19 jähr. Mädchen, vor Jahren entstanden durch einen Bären, der sie anfiel. Wurde nicht eingerichtet, trotzdem kann Pat. arbeiten und entwickelt mit diesem Arme grosse Kraft. **Hohmann**-München.

97) **Sgambati** (Rom). Corpo estraneo nella grande guaina dei flessori della mano. (Società Lancisiana degli ospedali di Roma. Seduta 19 febb. 12 marzo 1910.)

Redner behauptet, dass ein spitzenloses Nadelstück, wie in dem besonderen Fall, nicht leicht auswandern kann, wenn es mitten in die Muskelmassen eingebohrt ist, umso mehr als es häufig schon 24 Stunden nach dem Unfall oxydiert ist. **Buccheri**-Palermo.

98) **Richard Schreiber.** Freie Verein. der Chir. Berlins 9. Mai 1910. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 31.)

Behandlung der Syndaktylie. 9 Fälle wurden nach einer neuen modifizierten Methode Zellers mit gutem Erfolg operiert. Ein dorsales dreieckiges Hautläppchen wird präpariert (Basis und Kommissur), das mindestens bis zum 1. Interphalangealgelenk reicht, die häutige Verbindung der Finger mit Schere durchtrennt, das Läppchen als Kommissur herübergeschlagen und an der Spitze locker fixiert. Ein Streifen Gaze mit Scharlachrotsalbe wird zwischen die gespreizten Finger gelegt, der die beiden Wundflächen und die Kommissur bedeckt und mit schmalem Heftpflasterstreifen fixiert wird. Nach 14 Tagen, beim ersten Verbandwechsel, ist oft schon alles epithelialisiert. Von da an prophylaktische Fingerstreckung. Heilung 2--3 Wochen. Resultate sehr gut. Frühoperation empfohlen. **Hohmann**-München.

99) **Feer.** Naturhistorisch. Medizin. Verein zu Heidelberg 10. Mai 1910. (Ref. Münch. Med. Woch. 1910 No. 32.)

Hereditäre Lues bei einem 7 Monate alten Mädchen mit Kon-



traktur der Fingerbeuger. Rachitisch atrophisches Kind, seit drei Monaten Steifigkeit in beiden Händen und Beugekontraktur in allen Metacarpophalangealgelenken, rechts bereits Verkürzung der Beugesehnen. Alle Muskeln können aktiv bewegt werden. Wassermann positiv. Häufiges Verschlucken. Jedenfalls bestehen meningoencephalitische Veränderungen der motorischen Rindenbezirke. Die Schluckstörung ist wohl ein zerebrales pseudobulbär-paralytisches Symptom. **Hohmann**-München.

100) **Wrede.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg 7. III. 10. (Ref. Deutsche med. Woch. 1910 Nr. 35.)

Auflösung des Beckengürtels in seine Bestandteile. Beiderseits sind bei einer 30jähr. Frau die Hüftpfannen zersprengt, die Symphyse zerrissen, Ileosakralgelenke gelockert. Links besteht zentrale Luxation des Femur, rechts eine iliakale mit Schwund des Femurkopfes. Während der Schwangerschaft entstanden die Veränderungen ohne Schmerzen und ohne Gewalteinwirkung. Eine Veränderung am rechten Fuss, Pupillenstarre und Fehlen der Patellarreflexe deuten auf Tabes dorsalis. **Hohmann**-München.

101) **Rommel.** Gesellsch. der Charitéärzte 7. Juli 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910 No. 34.)

Spontanfraktur des Beckens bei Tabes. 43jähr. Patient, 1898 Lues. Keine Behandlung. 1900 Beginn der Tabes mit Krisen. 1909 Förstersche Operation mit nur geringem Erfolg. Juni 1910 beim Gehen Schmerzen in der rechten Hüfte, konnte nicht mehr recht auftreten, Gefühl der Verkürzung des Beines. Kein Fall. Schwellung der rechten Hüfte. Röntgenbild: Fraktur des rechten horizontalen Schambeinastes und breite Bruchlinie durch die rechte Beckenschaufel. Unter 72 publizierten tabischen Spontanfrakturen nur 2 Beckenbrüche. **Hohmann**-München.

102) **Salzer.** K. K. Gesellschaft der Aerzte Wien. 10. VI. 10. (Ref. Münch. m. W. 1910, Nr. 26.)

Halbseitiger Schwund der Knochensubstanz aller das Hüftgelenk zusammensetzenden Knochen.

Ein bis dahin gesundes 18jähriges Mädchen bekommt Schmerzen in der linken Hüfte, hinkt, geht besser im Gips, kann später, obwohl die Schmerzen verschwinden, nur mehr mit Krücken gehen. Fieber bestand nie. Das linke Bein ist um 8 cm verkürzt. Die Verkürzung lässt sich durch Zug ausgleichen, tritt aber sofort wieder auf, wenn der Zug nachlässt. Das Röntgenbild zeigt auf der linken Seite Fehlen des os ischii, ilei, pubis und des proximalen Teiles des Femur bis knapp unter die Trochanteren. Rechts alles normal. Man denkt an eine trophoneurotische Störung.

Hohmann-München.

103) **Voigt.** Verein der Aerzte in Halle. 27. April 10. (Ref. Münch. med. W. 1910, Nr. 26.)

Zur Behandlung der Pseudarthrose der intrakapsulären Schenkelhalsfraktur.

Nach einer Darstellung der verschiedenen angegebenen Methoden tritt V. für die an der Bramannschen Klinik fast ausschliesslich bei dislozierten Schenkelhalsbrüchen geübte Methode der Excision des Kopfstückes, Einstellung des



Schenkelhalsrestes in die Pfanne, Gipsverbandes von 2—3 Wochen in Abduktion und folgender Uebungs- und Massagebehandlung ein. An einem auf diese Weise geheilten 30 jähr. Patienten demonstriert er den Erfolg. Die Verkürzung beträgt nur 1 cm, die Beugung des Beines gelingt bis zu einem Winkel von 45 °, Patient kann Treppen steigen und längere Märsche machen.

Hohmann-München.

104) **Weil.** Schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. Med. Sektion 15. Juli 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910 No. 33.)

Luxatio suprapubica. 11jähriger Knabe wurde vor 4 Wochen von einem Wagen umgeworfen und an der Hüfte gestreift, konnte nicht aufstehen, blieb 8 Tage zu Bett, ging von da an hinkend. Keine Behandlung. Das linke Bein ist stark aussenrotiert, kann nicht abduciert werden. Unter der Spina superior fühlt und sieht man vorn Prominenz. Medial von ihr pulsieren die Gefässe. Das Röntgenbild zeigt die Sagittalstellung des Schenkelhalses, lässt aber die Luxation nicht deutlich zum Ausdruck kommen. Leichte Sensibilitätsstörungen am Oberschenkel und Abschwächung des Patellarreflexes links deuten auf Schädigung des nervus femoralis, der bei dieser Lnxation oft schwer lädiert ist. **Hohmann**-München.

105) **Ziegner.** Freie Verin. der Chir. Berlins 9. Mai 1910. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 31.)

Coxitische Luxationen. Z. bespricht 13 Fälle dieser im frühen Kindesalter im Anschluss an eine Infektion, oft nach Ohreiterungen entstehenden Hüfterkrankung, die Drehmann zuerst genauer beschrieben hat, weist auf die Narben in der Hüftgegend hin, die auf die Diagnose hinleiten und bespricht die Therapie, die meist in der Reposition nach Lorenz besteht. In der Diskussion beanstandet Joachimsthal die Bezeichnung coxitische Luxationen, wegen der Verwechselung mit den im Gefolge der tuberkulösen Coxitis entstehenden Destruktionsluxationen. In einem Falle gelang J. die unblutige Reposition nicht, sodass er zur blutigen Operation nach Ludloff greifen musste. Dabei fand er ausgedehnte Narbenmassen, die die Einrenkung gehindert hatten. —

Hohmann-München.

106) **Alessandri** (Rom). Resezione estesa del femore per sarcoma centrale: trapianto totale del perone. (R. Accademia medica di Roma. Seduta 26 giugno 1910.)

Redner stellt ein von ihm wegen zentralen Sarkoms des linken Femur operiertes Mädchen vor, bei dem er die Resektion von ca. 17 cm Knochen von oberhalb der Kondylen nach oben vornahm und in der gleichen Sitzung nach Resektion der Fibula des linken Beines derselben Pat. von unterhalb des Kopfes bis an den Malleolus diese mit dem ganzen Periost zwischen die Schenkelfragmente einpflanzte, wobei er ihre Enden in die Markhöhle der Stümpfe hineinsteckte.

Die Operation datiert seit über fünf Monaten, die sukzessiv aufgenommenen Radiographien zeigen die Neigung des Knochens zur Neubildung am oberen Fragment, spärlicher am unteren — und die gute Stellung des Gliedes, für die sekundär eine Tenotomie des Psoas nötig war, um der Verschiebung des oberen Fragmentes des Femur nach aussen vorn abzuhelfen.



Es besteht keine Spur eines Rezidivs. Die Verlötung zwischen dem oberen Femurstück und der Fibula ist gut, nicht so die zwischen dieser und dem unteren kondyloidealen Fragment. Redner beabsichtigt, Periosteinpflanzungen vorzunehmen, um die untere Pseudarthrose zu bekämpfen.

Buccheri-Palermo.

107) **Gaecke.** Allgem. ärztl. Verein zu Cöln 27. Juni 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 31.)

Fall von doppelseitiger kongenitaler Luxation der Patella. Von der Luxation nach innen ist nur ein Fall beschrieben. Der demonstrierte Fall ist eine Luxation nach aussen. Sehr selten. Nur 28 publizierte Fälle. Links besteht geringe Valgusstellung, die Kniee können gut gebeugt werden. Rechts ausgesprochenes genu valgum, Patella sitzt auf dem Condylus externus, kein Schlotterknie. **Hohmann**-München.

108) **Schnitzler.** K. k. Gesellschaft der Aerzte Wien 17. Juni 1910. (Ref. Berl. kliin. Woch. 1910 No. 35.)

Habituelle Luxation der Patella. Resektion eines Teiles der Kapsel und Versetzung der Tuberositas tibiae weiter nach innen, sodass die Zugrichtung des Vastus verändert wurde. **Hohmann**-München.

109) **Ludloff.** Schles. Gesellsch. für vaterl. Kultur zu Breslau, Med. Sektion 15. Juli 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910. No. 33.)

Ueber die Spiralfissuren der Tibia bei Kindern. Häufig bei Kindern im Alter von 1—5 Jahren ohne grössere Gewalteinwirkung durch Fallen entstehend. Die Kinder belasten das Bein nicht, Hämatom und grössere Schwellung fehlen, keine Dislokation, bei Rotationsversuchen bisweilen kurzes Knochenknacken und Schmerz. 2 Druckschmerzpunkte an der Vorderfläche der Tibia. Spiralige Spalte an Tibia im Röntgenbilde sichtbar. (2 Aufnahmen.) L. erzeugte an der Leiche diese Fraktur, indem er den Unterschenkel gegeneinander torquierte. Kinder fallen wahrscheinlich über den adduzierten Fuss beim Laufen vornüber hin. Was beim Erwachsenen die Knöchelfrakturen, sind anscheinend beim Kind die Spiralbrüche. **Hohmann**-München.

110) **Fritsch.** Schles. Gesellsch. für vaterl. Kultur zu Breslau Med. Sektion 15. Juli 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910. No. 33.)

Säbelscheidentibia bei erworbener Lues. Die Tibia en lame de sabre Fourniers galt bisher als Charakteristikum für die vererbte Lues tarda. Im vorliegenden Fall ist die Lues im ausgewachsenen Alter erworben worden. 65 jähr. Frau, vor 38 Jahren von ihrem Mann mit Lues infiziert, damals behandelt, bemerkte vor 11 Jahren Verdickung in der Mitte des Schienbeins, mit dem sie sich gegen eine Bettkante beim Pflegen ihres Mannes öfters gestemmt hatte. Allmählich entstand Verkrümmung der Tibia. Wassermann positiv. Röntgenbild: Gummöse Partieen, eingerahmt von undurchsichtigen sklerosierten Partieen. Wird mehr sklerotisches Gewebe zum Ersatz des gummösen gebildet, als nötig ist (durch Reizung), so verlängert sich der Knochen und krümmt sich wie die Tibia, da sie durch die Fibula fixiert ist. Bei Erwachsenen ist diese Form sehr selten. **Hohmann**-München.



111) **Fröhlich.** Breslauer chirurg. Gesellschaft 13. Juni 1910. (Ref. Münch. Med. Woch. 1910 No. 35.)

Calcaneussporn. F. fand ihn unter 50 Röntgenbildern 20 mal, 10 mal doppelseitig, in 7 Fällen mit Beschwerden. **Hohmann**-München.

112) **Blencke.** Med. Gesellsch. zu Magdeburg 3. III. 1910. (Ref. Münch. m. W. 1910, Nr. 31.)

B. stellt einen 12jähr. Knaben mit heftigen Calcaneusschmerzen vor, bei dem die Diagnose auf Tuberkulose des Calcaneus gestellt war. Das Röntgenbild zeigte stark gezackte Epiphysenlinie an der hinteren Calcaneusfläche, die ebenso auch auf der anderen Seite vorhanden war und etwas Normales darstellt. Die Schmerzen sind wohl auf einen Entzündungsprozess an der hinteren Wachstumslinie des Calcaneus ähnlich der Schlatterschen Erkrankung der Tibiaepiphyse zu beziehen.

Hohmann-München.

113) **Buccheri** (Palermo). L'operazione di Codivilla nella cura del piede torto congenito. (Riunione dei Sanitari ospedalieri, 5 dic. 1909.)

Vor allem erklärt sich B. für absoluten Anhänger der unblutigen Behandlung des angeborenen Klumpfusses. Nur wo diese nicht durchführbar ist, greift er zu der blutigen Behandlung, für die er die Operation von Codivilla als das Verfahren der Wahl betrachtet. Er operierte so ein Mädchen, bei dem aus äusseren Gründen das Redressement nicht unblutig zu Ende geführt werden konnte und der Fuss durch seine runde Form zweimal aus dem Verband schlüpfte; der Erfolg konnte sowohl der Form wie der Funktion nach kein besserer sein. **Buccheri**-Palermo.

114) **Krumbein.** Berlin. militärärztl. Gesellschaft 21. I. 10. (Ref. Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 27.)

Behandlung der Mittelfussknochenbrüche mit der Klebrollbinde. Umwickeln des Mittelfusses unter Annähern des äusseren und inneren Fussrandes mit der von Generalarzt von Heuss angegebenen, von Teufel-Stuttgart hergestellten Klebrollbinde. Nur 2—3 Tage Bettruhe nötig. Verschwinden der Schmerzen und schnelle Heilung mit geringer Callusbildung.

Hohmann-München.

Tagesnachrichten und Personalien.

Der Spez.-Arzt für Orthopädie und Röntgenologie Dr. Gocht-Halle a. S. und Dr. Heinrich Hoeftmann in Königsberg erhielten den Professortitel.

Der in diesem Jahre zum 2. Mal zur Verteilung gelangende „Premio Umberto I" für die beste Leistung auf dem Gebiet der orthopädischen Chrirurgie ist dem Privatdozent Dr. W. Schulthess in Zürich zuerkanut worden für seine Arbeiten über die Rückgrats-



verkrümmungen, deren Ergebnisse er in dem Handbuch der orthopädischen Chirurgie zusammengefasst hat. — Wir wünschen unserem verehrten Herrn Kollegen herzlichst Glück zu dieser wohlverdienten Auszeichnung.

Eine internationale Ausstellung der Krüppelfürsorge.

Eine internationale Ausstellung der Krüppelfürsorge wird zum ersten Male auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911 in einem eigenen Pavillon von der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge veranstaltet werden, welche darüber durch ihre Geschäftsstelle Berlin W. 62, Bayreutherstr. 18, auf Anfrage Bescheid erteilt. In systematischer Weise werden hier alle Gebiete der Krüppelfürsorge übersichtlich zusammengestellt sein und zwar in sechs verschiedenen Gruppen: 1. Geschichte, Entwicklung, Umfang, Statistik, Literatur; 2. ärztliche Tätigkeit in der Krüppelfürsorge: Krankheitsformen, Behandlungsmethoden, Heilerfolge; 3. die Krüppelschule: ethisch-religiöse Erziehung, praktischer Unterricht durch Schule, Werkstätten; 4. die soziale Bedeutung: Rechtslage, Volkswirtschaft; 5. Bau und Einrichtung von Krüppelheimen und Fürsorgestellen; 6. Der Krüppel in Kunst und Literatur. Jede Gruppe wird durch einen besonderen Obmann zusammengestellt, sodass eine lückenlose Uebersicht über dieses aussichtsreichste Gebiet sozialer Fürsorge zustande kommen wird.



redressement der fixierten Skoliose. — 39) **Trisci**, Kongenitaler Defekt des Musc. obliquus abd. — 40) **Buccheri**, Klavikularbrüche. — 41) **Ninni**, Humerusfraktur. — 42) **Preiser**, Ueber Arthritis deformans cubiti. — 43) **Biesalski**, Supinationsbehinderung im Ellbogen. — 44) **Krantz**, Radiusbruch. — 45) **Ludloff**, Subluxatio radii und Bewegungsbeschränkungen im Ellenbogengelenk. — 46) **Froelich**, Volkmannscher Symptomenkomplex — ischämische Lähmung. — 47) **Albee**, Verbindung zwischen Kreuz- und Darmbein. — 48) **Rosenfeld**, Idiopathische Innenrotation. — 49) **Lorenz**, Ambulatorische Extensionsbehandlung. — 50) **Mayer**, Doppelseitige Coxa vara congenita. — 51) **Röttinger**, Coxa vara rachitica. — 52) **Redard**, 53) **Kirmisson**, Unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. — 54) **Codet**, Innenrotationsstellung des Femur. — 55) **Müller**, Präparat von behandelter Hüftgelenksluxation. — 56) **Deutschländer**, Technik der blutigen Reposition. — 57) **Castellari**, Adenom des grossen Trochanter. — 58) **Vercelli**, Frakturen der Femoraldiaphyse. — 59) **Schultze**, Subkutane Rupturen des Quadrizeps. — 60) **de Sarto**, Osteom des Quadrizeps. — 61) **Mannino**, Subkutane Querfrakturen der Kniescheibe. — 62) **Gierszewski**, Subkutane Zerreissung des Ligamentum patellae proprium. — 63) **Schultze**, Ruptur des Streckapparates. — 64) **Körber**, Meniskusverletzungen des Kniegelenks. — 65) **Köhler**, Isolierte Ausreissung der Ligamenta cruciata. — 66) **Cecco**, Ursprung von Genu valgum und Talalgie.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 67) British medical association. — Section of diseases of children. — Section of radiology and medical electricity. — Section of surgery. — 68) **Bauer**, Hochgradige amniotische Abschnürungen. — 69) **Schiller**, Halbseitige Entwicklungsanomalie. — 70) **Codivilla**, Konvulsive Anfälle nach Anwendung der Extensionsmethoden. — 71) **Sick**, Rachitis tarda. — 72) **Silvestri**, Infektiöse Natur der Rachitis. — 73) **Koerber**, Osteochondritis dissecans. — 74) **Perthes**, Arthritis deformans juvenilis. — 75) **Jeschke**, Multiple kartilaginäre Exostosen. — 76) **Hagen**, Knochenlues im Röntgenbild. — 77) **Enderlen**, Knochentransplantation. — 78) **Küttner**, Gelenktransplantationen aus der Leiche. — 79) **Heinemann**, Nagelextensionsbehandlung. — 80) **Millan**, 81) **Melchior**, Tuberkulöser Gelenkrheumatismus. — 82) **Minkowski**, Rheumatoiderkrankung bei Tuberkulose. — 83) **Ribierre**, Periodische Hydrarthrose. — 84) **v. Stubenrauch**, Polyarthritis chronica. — 85) **Lexer**, Freie Sehnentransplantation. — 86) **Hübscher**, Heilung eines Quadrupeden. — 87) **Ludloff**, Hypotonie. — 88) **Forster**, Förstersche Operation. — 89) **Fischl**, Lordotische Albuminurie. — 90) **Payr**, Technik der arteriovenösen Umschaltung bei drohender Extremitätengangrän. — 91) **Schepelmann**, Seltene Halswirbelbrüche. — 92) **Joachimsthal**, Halswirbel als Ursache von Rückgratsverkrümmungen. — 93) **Benedetti**, Knorpelige Ankylose. — 94) **Goebel**, Haematom des Musc. sternocleidomastoideus. — 95) **Plate**, Omarthritis gonorrhoica. — 96) **Salzer**, Luxation des Vorderarmes. — 97) **Sgambati**, Auswanderung von Fremdkörpern aus Muskelmassen. — 98) **Schreiber**, Syndaktylie. — 99) **Feer**, Heriditäre Lues mit Kontraktur der Fingerbeuger. — 100) **Wrede**, Auflösung des Beckengürtels. — 101) **Rommel**, Spontanfraktur des Beckens bei Tabes. — 102) **Salzer**, Halbseitiger Schwund der Knochensubstanz. — 103) **Voigt**, Pseudarthrose der intrakapsulären Schenkelhalsfraktur. — 104) **Weil**, Luxatio suprapubica. — 105) **Ziegner**, Koxitische Luxationen. — 106) **Alessandri**, Zentrales Sarkom des linken Femur. — 107) **Gaecke**, Doppelseitige kongenitale Luxation der Patella. — 108) **Schnitzler**, Habituelle Luxation der Patella. — 109) **Ludloff**, Spiralfissuren der Tibia. — 110) **Fritsch**, Säbelscheidentibia bei erworbener Lues. — 111) **Fröhlich**, Kalkaneussporn. — 112) **Blencke**, Entzündungsprozess an der hinteren Wachstumslinie des Kalkaneus. — 113) **Buccheri**, Unblutige Behandlung des angeborenen Klumpfusses. — 114) **Krumbein**, Mittelfussknochenbrüche.

Tagesnachrichten und Personalien.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. **Februar 1911.** **Heft 2.**

Lange (München) u. **Spitzy** (Graz). Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter. Mit 21 Tafeln und 221 Textfiguren. (Leipzig 1910. F. C. W. Vogel. 339 S. Preis 20 Mark.)

Die Chirurgie des Kindesalters hat seit Karewski 1894 keinen Bearbeiter in Deutschland gefunden. So ist es ein dankenswertes Unternehmen, dass die Verff. dies an modernen Fortschritten und Errungenschaften reiche Spezialgebiet dargestellt haben und zwar in einer Form, welche dem praktischen Arzt und dem Kinderarzt eine rasche Orientierung gestattet.

Das Buch ist wirklich „aus der Praxis — für die Praxis“ geschrieben, die Therapie steht im Vordergrund und zwar diejenige Therapie, welche dem Praktiker leicht zugänglich und von den Verfassern erprobt ist.

Auch die zahlreichen guten, z. T. farbigen Illustrationen entstammen dem eigenen Krankenmaterial und erläutern besser als viele Worte die wichtigsten Krankheitsbilder und die empfehlenswertesten Behandlungsmethoden.

Demjenigen, der Einzelfragen genauer nachgehen will, hilft ein Literaturanhang bei jedem Kapitel auf den richtigen Weg.

Die Ausstattung des Buches, welches Band 5 des Pfaundler-Schlossmann'schen Handbuches der Kinderheilkunde darstellt, ist eine in jeder Hinsicht ganz vorzügliche. **Vulpius**-Heidelberg.

Siegfr. Weissbein (Berlin). Hygiene des Sports. 2 Bände, 129 Abb. (Leipzig-Berlin 1910. Grethlein & Co.)

Das schöne Buch gehört in die „Bibliothek für Sport und Spiel“; unter den zahlreichen Mitarbeitern seien nur Krieger, Eulen-



burg, Fürbringer, Goldscheider, Heubner, Hildebrand, Hoffa, v. Leyden, G. Müller, Posner, Unna erwähnt. Dem allgemeinen Teil ist ein beherzigenswertes Vorwort von F. Kraus-Berlin über Heil und Unheil im Sport vorangestellt. Es folgen Kapitel über „Geschichte und Verbreitung des Sports; Bedeutung des Sports für die Körperpflege im allgemeinen; Grundzüge des Stoffumsatzes beim Sport; Einfluss des Sports auf Muskulatur, Skelett und Gelenke (Hoffa's letztes Manuskript); Haut und Sport; Sport und Nervensystem; Sport und Sinnesorgane; Sport und Herz, Blut, Atmungsorgane, Verdauungsorgane, Harnorgane, Geschlechtsorgane, Frauenkrankheiten; Ernährung und Kleidung beim Sport; erste Hülfe bei Unglücksfällen.

Der II. Band behandelt: Wahl der einzelnen Uebungen, Leibesübungen im Hause, Nacktgymnastik, Hygiene des Turnens und der Spiele, Fechten, Ringen, Boxen, Dschiu-Dschitsu, Wandern, Berg-, Wasser-, Jagd- und Angelsport, Hygiene des Reitens, Radfahren und Automobilsport, Hygiene der Aeronautik, Wintersport, Spiel und Sport im Kindesalter, Training und Sport in der Armee, Frauensport, Sport im höheren Alter, Hygiene des Rollschuhlaufens.

Die Lektüre all dieser Kapitel ist interessant und vergnüglich zugleich; wer vieles bringt, wird Manchem etwas bringen. Die Herausgabe dieses Buches ist unzweifelhaft ein erhebliches Verdienst.

Vulpius-Heidelberg.

Caminiti (Neapel). Chirurgia della ossa. (Napoli 1910.)

In dem vorliegenden ziemlich dicken Band hat Verf. alles, was ihm nach der klinischen oder operativen Seite hin der Beachtung wert erscheint, zusammengestellt. Er beschreibt darin unter anderem zwei Resektionen der Articulatio sacro-iliaca und tut unter kritischer Würdigung der sonstigen Verfahren dar, dass für diese Resektion der ischiatische Weg den Vorzug verdient.

In einem Fall von Osteomyelitis des Schulterblattes entfernte er dieses vollständig und liess nur die Glenoidhöhle und das Acromion zurück, da gesund. Der postoperative Verlauf war durchaus normal und das Endresultat ausgezeichnet. Der Pat. bediente sich von dem ersten Jahr ab seiner Extremität bei seinem Handwerke als Böttcher. Nur ist in den extremen Graden das Heben des Armes beschränkt und die Hand kann nicht exzessiv nach hinten gegen die Wirbelsäule geführt werden. Nach 6 Monaten konnte durch die Haut die Scapula regeneriert und fast in ihrer ursprünglichen Form konstatiert werden.

In einem Falle von Pseudarthrose des Humerus griff er blutig



ein und nahm die Metallnaht vor. Nach 50 Tagen war die Konsolidierung eine vollkommene.

Ebenfalls sowohl nach dem chiurgischen wie nach dem funktionellen Gesichtspunkt vollkommene Resultate erzielte er in einem Fall von Resektion des Ellenbogens wegen Tumor albus, in einem Fall von Osteotomie des Femur wegen deformen Callus. In einem Fall von ausgedehnter Schusszerstörung des Femur konnte, trotzdem die Kontinuität des Femur in seiner ganzen Dicke 10 cm. weit unterbrochen war, nach langer Behandlung vollkommen die Richtung, Form und Dicke des Femur erhalten werden, und der zwischen den 2 Stümpfen liegende Raum wurde durch neugebildetes Gewebe eingenommen, das durch den Grad der Opacität, seine Resistenz und sein Aussehen ganz dem präexistierenden Knochen gleicht. Bei vollständiger Heilung war die Solidität des Femur eine perfekte; die Länge der Extremität nahm im Vergleich zu der gesunden nur um 1½ cm. ab.

Es folgen dann die Einzelheiten von 25 Osteotomien, die bei 17 Individuen wegen Genu valgum zur Ausführung kamen. Von diesen waren 3 Frauen und 4 Männer. Am häufigsten im Alter von 1 bis 5—7 Jahren, sind sie spärlich bis zu 10—13 Jahren und wachsen dann ganz allmählich von 13—14 bis 20—23—24 Jahren wieder an.

In einem Fall von Refraktur der Kniescheibe erzielte er ein vorzügliches Resultat mit der Metallnaht; es trat rasch die Bildung eines Knochenkallus ein und das funktionelle Resultat für das Knie war so vollkommen wie möglich.

Andere Operationen, die beschrieben werden, sind: Ausräumung der Tibia wegen Osteomyelitis, Exstirpation des Astragalus, Resektion des Tarsus, Wladimiroff-Mikulicz.

Bei den angeborenen Klumpfüssen begnügte sich Verf. mit einfachen Tenotomien oder Verlängerungen der Achillessehne nach Bayer, wodurch er, was die Form anbelangt, häufig vollkommene Erfolge erzielte; die funktionellen Erfolge konnten dagegen nicht immer als vorzüglich bezeichnet werden.

Bei den paralytischen Klumpfüssen ist er Anhänger der modernen Behandlungsmethode, der Sehnenüberpflanzungen.

Buccheri-Palermo.

---

1) **F. Klaussner.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Brachydaktylie. (Bruns Beitr. 70. Bd., H. 1, S. 236.)

5 Fälle von Brachydaktylie aus der Münchner chirurg. Poliklinik. Sie betraf 2 mal die Metacarp. resp. Metatarsi allein, 1 mal



Metacarp. III links und Metacarp. IV rechts, gleichzeitig Phalanx II des Zeigefingers und Metatars. II, 1 mal Endphalangen I—IV und 1 mal mehrere Phalangen an beiden Händen. Kongenitale Entstehung war nicht bestimmt nachweisbar, manchmal Heredität wahrscheinlich. In allen Fällen war vorzeitige Verknöcherung der Epiphysenknorpelfuge vorhanden. Der Fall V nimmt eine Sonderstellung ein, da hier ein überzähliger Knochenkern an der Basis der Grundphalanx sich findet. Bezüglich der Aetiologie hält Verf. die exogene Theorie Kümmels nicht für ausreichend, die Theorie Mechels der trophoneurot. Störung, die an und für sich viel Wahrscheinlichkeit hat, wiederum nicht für die Fälle von exquisiter Vererblichkeit. **Balsch**-Heidelberg.

2) **Whyte.** Macrodactylie. (Brit. med. journ. 23. Juli 1910.)

Beschreibung eines Falles von isolierter Macrodactylie der 2. Zehe. **Mosenthal**-Berlin.

3) **Bibergeil** (Berlin). Beitrag zur Histologie des kongenitalen Riesenwuchses. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. XXIV, Heft 3—4, S. 530.)

Bei einem Mädchen von 10 Monaten wurde der hypertrophische linke Mittelfinger, der wegen seitlicher Biegung und infolge seiner Grösse hinderlich war, operativ entfernt. Die histologische Untersuchung ergab frühzeitige Entwicklung des Knochenkerns in den Epiphysen der End- und Mittelphalanx, aber geringen Kalkgehalt der Knochen. An der Hypertrophie waren alle Gewebe des Fingers beteiligt. Die Knorpelwucherungszone an den Epiphysen war stark verbreitert. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

4) **H. v. Bayer** (München). Fremdkörper im Organismus. Bakterielle und mechanische Ausstossung. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 70. Bd., 1. H., S. 100.)

Als Gegenstück oder Fortsetzung seiner früheren Arbeit über Einheilung von Fremdkörpern im Organismus (Bruns Btrge. 58. Bd.) berichtet Verf. über seine Studien über die Ausstossung der Fremdkörper. Frühausstossung, bevor die Wunde definitiv geheilt ist, ist immer bakteriellen Ursprungs. Die Spätausstossung, — die Wunde kann oft jahrelang reaktionslos geheilt gewesen sein — erfolgt durch bakterielle oder durch mechanische Einflüsse. Bakterien, die mit dem Fremdkörper implantiert wurden, können lange Zeit im Körper latent sein. Durch Auffaserung des Fremdkörpers kommen sie dann erst zur Weiterentwickelung.



Praktisch am wichtigsten ist dieser Vorgang beim Nahtmaterial. Dass auch auf dem Blutweg sekundär Bakterien in den Fremdkörper eindringen können, ist durch Fälle sekundärer Koliinfektion erwiesen. Doch sind diese nach Verf. weitaus seltener als die Fälle der 1. Art. Mechanisch reizende Fremdkörper bewirken Ausstossung, wenn der Reiz lange genug anhält. Bildet sich bei stärkerer Reizung ein Blutextravasat um den Fremdkörper und darum eine Kapsel, so hört der Reiz auf, und der Fremdkörper kann einheilen. In solchen Fällen ist also zu sorgen, dass das Extravasat nicht abfliesst. Die Ergebnisse seiner Studien fasst Verf. am Schluss in 16 Leitsätzen zur Verhütung der Ausstossung von Fremdkörpern zusammen.

Balsch-Heidelberg.

5) **R. Grashey.** Röntgenoskopische Operationen im taghellen Raum. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 70. Bd., 1. H., S. 175.)

Ein Kryptoskop, an dessen Basis ein Bariumplatincyanürschirm angebracht ist, wird lichtdicht vor seinem Auge befestigt, das somit immer für dunkel adaptiert bleibt. Als Operationstisch dient ein verstellbarer Holztisch, unter dem die Röntgenröhre verschieblich angebracht ist. Zur Zentrierung der Röhre und Einstellung des ev. zu suchenden Fremdkörpers dient eine Blendenvorrichtung in der Tischplatte. Mit diesem Instrumentarium gelang in 2 Fällen die Extraktion von Fremdkörpern aus dem Gehirn relativ leicht.

Balsch-Heidelberg.

6) **Gélyi** (Temes-Rékas, Ungarn). Zur Momburg'schen Blutleere. (Med. Klin. 1910. No. 35. S. 1377.)

Beschreibung eines Apparates, der den bisher gebräuchlichen Gummischlauch ersetzen soll: Eine bogenförmige, Operationstisch und Patienten überwölbende Stahlplatte, die mit zwei Schrauben an den Tischrändern angebracht ist. Durch eine Oeffnung in der Höhe der Wölbung führt eine fingerdicke Stahlstange, die durch einen Schraubengang in vertikaler Richtung geht und durch einen an ihrem Ende angebrachten Gummiball die Aorta komprimieren kann.

Natzler-Heidelberg.

7) **Filbry** (Allenstein). Ueber einen neuen Transportverband im Kriege aus Aluminium-Streckmetall. (D. militärärztl. Zeitschrift 1910. Nr. 22, S. 856 ff. Mit 1 Abbild.)

Die in den Sanitätswagen mitgeführte Gipsmenge ist für den Bedarfsfall — und wie die letzten Kriege gezeigt haben, ist Gips zu Verbänden in grosser Menge nötig — viel zu gering. Ein Mittel, das



den Verbrauch von Gipsbinden ungefähr auf die Hälfte reduziert, für manche Zwecke überhaupt unnötig macht, ist das Aluminium-Streckmetall, ein gitterförmig gestanztes Aluminiumgeflecht, am besten in der Maschenweite = 2 : 1/2 cm. Das betreffende Glied wird mit einem Tricotschlauch überzogen oder mit einer Binde umwickelt. Darüber wird das Aluminium-Streckmetall in entsprechender Grösse möglichst gut anmodelliert und einige gut ausgedrückte Gipsbinden fest herumgelegt. Eventuell kann auch blos Gipsbrei in die Maschen geknetet werden.

Mannigfache Vorteile: Gipsersparnis, geringeres Gewicht, schnelles Austrocknen, damit frühere Transportmöglichkeit. Leichte Abnehmbarkeit. Ausserdem grosse Festigkeit. Fabrikantin ist Firma Schüchtermann & Kremer, Maschinenfabrik in Dortmund. Pro qm 9 Mk., bei Mehrbezug erheblich billiger. **Natzler**-Heidelberg.

8) **Schall** (Halensee). Technische Neuheiten aus den Gebieten der Medizin, öffentlicher Gesundheitspflege und Krankenpflege. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 20. S. 942.)

Sch. beschreibt durch D. R. P. geschützte Verbesserungen an Selbstfahrern für gelähmte Personen, die sich teils auf eine Erleichterung der Zusammenklappbarkeit teils auf Verbesserungen an der Antriebsvorrichtung beziehen.

Eine Plattfusseinlage zeigt auf einer elastischen Platte zwei übereinandergreifende geschlitzte Federn, die durch eine Schraube gegeneinander festgestellt werden können. Es soll dadurch die Spannung des Gewölbes nach Belieben geändert werden können.

Ein anderer Erfinder will dem Rosten der Metalleinlagen dadurch vorbeugen, dass er auf die siebartig durchlöcherte Einlage von beiden Seiten Celluloid aufträgt, um eine feste Verbindung der beiden Schichten durch die Löcher hindurch zu erreichen.

Ein Fussballenschützer besteht aus zwei kleinen Polstern, die durch ein elastisches Band an ihrer Stelle fixiert werden.

Ein hebelförmiges Instrument mit eingesetztem Messer, das unter den Verband fasst, dient zum Aufschneiden von Gipsverbänden.

Bei einer Scheere, die zum Oeffnen von Verbänden dient, kann die unterzuschiebende Scheerenklinge durch eine Schutzplatte, die auf ihren Rücken aufgeschoben wird, geschützt werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



9) **Schücking.** Über Heilversuche mit Radiumemanation. (Diss. Bonn. 1910.)

Sch. hat mit dem Radiogenwasser, das von der Charlottenburger Radiogen-Gesellschaft hergestellt wird, eine Reihe Versuche angestellt, über die er in der vorliegenden Arbeit berichtet.

Blencke-Magdeburg.

10) **Schnée** (Schöneberg). Elasto-Massage. (Eine neue Massage-Methode.) (Mit Abbildungen.) (Med. Klinik. 1910. Nr. 30, S. 1173. Nr. 31, S. 1215 ff.)

Zur Vornahme der Massage sind schon eine ganze Anzahl von Apparaten konstruiert worden, die aber bis auf die Vibrationsapparate, den an sie gestellten Anforderungen nicht entsprechen. Es ist eben bisher nicht gelungen, Apparate herzustellen, die sich, wie die massierende Hand dem zu behandelnden Körperteil innig anzuschmiegen vermögen, die alle die feinen Abstufungen des Druckes ermöglichen, die die Hand des geübten Masseurs hervorbringen kann, die angenehm und dabei doch energisch zu wirken vermögen und die — last not least — allen Forderungen der Reinlichkeit zu genügen vermögen. Das Problem will Sch. mit seinem Elasto-Apparat gelöst haben. Er besteht aus einem mit Gurt versehenen massiven Handgriff, an dem die eigentliche Elasto-Massage-Vorrichtung abnehmbar befestigt ist. Diese besteht aus einem siebartig durchlöcherten Metallgehäuse. In jeder Oeffnung befindet sich ein elastisch-federnder, an seinem unteren Ende gleichmässig abgerundeter, glatter Metallstempel. Der Apparat wird in 3 Grössen angefertigt.

Wer mit Elasto massieren will, muss natürlich mit den Grundregeln der manuellen Massage vertraut sein. Dann aber kann er den Sch.'schen Apparat ohne weiteres anwenden und eventuell durch Kombination zweier Apparate die gewöhnlichen Handgriffe: Streichung, Knetung und Klopfung hervorbringen. Auch zur Thermo- und Elektromassage kann der „Elasto“ verwendet werden. Als besonderen Vorzug hebt Sch. noch hervor, dass die Elasto-Massage einen bedeutend geringeren Kraftaufwand erfordert als die manuelle Massage, dass sie subjektiv angenehmer empfunden wird, objektiv nachhaltiger wirkt und durch Wegfall des direkten Kontaktes zwischen Masseur und Patient absolut hygienisch ist. Der Forderung der Reinlichkeit ist durch leichte Reinigungsmöglichkeit und Sterilisierbarkeit Genüge getan.

Eine Reihe von Abbildungen veranschaulichen die einzelnen Handgriffe und Applikationsmethoden. **Natzler**-Heidelberg.

11) **Charlton Wallace** (New-York). Education of the crippled child. (Archives of pediatrics. Mai 1910.)

Verfasser entwickelt zunächst die Gründe, weshalb eine Erziehung der Krüppelkinder in den öffentlichen Schulen nicht gut möglich ist, und leitet daraus die Notwendigkeit eigner Heime für dieselben ab. Sodann schildert er die Einrichtungen der 1900 gegründeten East Side Free School für Krüppelkinder, die 183 Kinder aufnehmen kann. Von grossem Nutzen erweist sich die Verbindung des Unterrichts mit der ärztlichen Behandlung. Die Kinder werden viel an die frische Luft gewöhnt und gut genährt. In den Sommerferien nehmen sie Landaufenthalt. Ausserdem werden die Kinder in Stickerei, Buchbinderei und Korbflechterei ausgebildet, wodurch sie sich eine gewisse Einnahme verschaffen. Auf diese Weise wird die geistige und körperliche Entwicklung der bedauernswerten Kinder gefördert. **Zander**-Heidelberg.

12) **Reichard.** Die operative Behandlung jugendlicher Krüppel. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. LXIII. H. 3.)

R. gibt einen Ueberblick über die von ihm an dem Material der Pfeiffer'schen Stiftung zu Crakau b. M. ausgeführten Operationen bei spinalen und cerebralen Lähmungen, sowie bei Lähmungen aus anderen Ursachen, bei angeborenen Missbildungen usw. Besonders viel hat er die Sehnenverpflanzung angewandt. Daneben natürlich auch die sonst in Betracht kommenden Eingriffe, wie Arthrodesen verschiedener Art (ausgenommen Hüftarthrodesen, bei denen z. B. wir im badischen Krüppelheim zu Heidelberg recht gute Resultate sahen). Er plädiert schliesslich dafür, eine Teilung der Krüppelanstalten in dem Sinne eintreten zu lassen, dass die kleineren sich als „Krüppelheime" mehr mit Pflege, Erziehung und Ausbildung körperlich nicht besserungsfähiger. die grösseren ausgerüstet mit allen Einrichtungen der modernen chirurgischen Orthopädie mit der Behandlung körperlich besserungsfähiger Kinder befassen sollten.

Natzler-Heidelberg.

13) **R. Magnus** (Utrecht). Zur Regelung der Bewegungen durch das Zentralnervensystem. (Archiv f. d. ges. Physiol. Bd. 134, 1910.)

Verf. hat interessante Versuche über die Reflexbewegungen an Hunden und Katzen angestellt und folgendes gefunden: Man kann den Reizerfolg nach Willkür beherrschen durch die Lage und Stellung, die man dem Gliede vorher gibt, an welchem der Reflex



beobachtet werden soll. Zum Beispiel tritt bei gestrecktem Bein Beugung auf und umgekehrt. Dies beruht auf „Schaltungen“ im Zentralnervensystem, für welche die von v. Uexküll bei Wirbellosen aufgestellte Regel gilt, dass in einem diffusen Zentralorgan die Erregung am leichtesten den Zentren derjenigen Muskeln zufliesst, die sich im Zustand der grössten Dehnung befinden.

Magnus kommt nun nach seinen Versuchen zu folgenden Schlusssätzen: Die Schaltungserscheinungen sind aufgehoben nach Durchschneidung aller sensiblen Nervenbahnen, bestehen dagegen nach Ausschaltung der Haut- und Gelenksensibilität fort, folglich müssen die Schaltungen durch Vermittlung der afferenten Muskel- (Sehnen-, Fascien-) Nerven von den Muskeln her bewirkt werden.

Es ist zu vermuten, dass die guten Erfolge der Sehnenüberpflanzungen und Nervenpfropfungen zum Teil auf diesen Schaltungserscheinungen beruhen.

Durch eine andere Reihe von Tierversuchen konnte M. feststellen, dass nicht nur die afferenten Muskelnerven, welche durch Dehnung der Muskeln erregt werden, sondern auch andere sensible Bahnen von entfernten Körperstellen durch Lagerung, durch Druck u. ä. erregt werden und schaltend auf das Zentralorgan wirken, d. h. sie bestimmen den Weg, den später eintretende Erregungen hier nehmen werden.

Zander-Heidelberg.

14) **Biesalski.** Über Sehnenscheidenauswechslung. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 35.)

Den Erfolg von Sehnenverpflanzungen hindern oft Verwachsungen der verpflanzten Sehne mit Periost oder Faszie. B. hat deshalb in einigen Fällen den Sehnen- oder Muskelbauch mit Fischblase umwickelt (die Fischblase 12—24 Std. in 10 % Formalin härten, 12 Std. wässern, 10 Min. kochen, in 95 % Alkohol über Glasleitern aufgezogen aufbewahren). Bei Gelenkankylosen hat die Fischblase als Interpositionsmaterial sich nicht bewährt. B. empfiehlt als einfaches Mittel, Verwachsungen zu vermeiden, das Hindurchziehen der verpflanzten Sehne durch die Sehnenscheide desjenigen Muskels, den sie ersetzen soll. Zu dem Zweck exstirpiert er den gelähmten Muskel, damit eine Sehnenscheide frei wird. Er beschreibt die Methode genau an der Hand eines typischen Falles: Lähmung des tibialis anticus und Ersatz durch den extensor hallucis longus. Als Nahtmaterial verwendet er nicht mehr die Turnerseide, sondern englischen Leinenzwirn, der sehr fest ist



und das Auskochen gut verträgt. Antiseptika benötigt er nicht zum Imprägnieren des Nahtmaterials. Die Arbeit enthält viele praktische Hinweise. **Hohmann**-München.

15) **L. Dreyer** (Breslau). Ueber die Möglichkeit sofortiger Bewegungsaufnahme nach Sehnennaht. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. Bd. 70. H. 2 u. 3. p. 581.)

Eine Besserung der nach recht vielfach ungenügenden funktionellen Resultate nach Sehnennaht erwartet Verf. von möglichst frühzeitiger Bewegungsaufnahme nach der Naht und der Vermeidung der langdauernden Fixation in extremer Entspannungsstellung. Voraussetzung dafür ist eine Naht, die einen hohen Grad von Spannung vertragen kann, ohne auszureissen und ohne die Sehne zu schnüren, d. h. der Zug darf nicht in der Richtung der Faserrichtung angreifen. Verf. hat deswegen einen Nahtverlauf angegeben, der nirgends parallel d. Faserverlauf ist, sondern sie schräg durchsetzt. Versuche an Kaninchen haben die gute Haltbarkeit der Naht bestätigt. Wurde nach der Naht eine Fixation mit gespannter Sehne ausgeführt, so trat bis auf 1 Fall Heilung ein. Ebenso konnte Verf. in den Versuchen mit sofortiger Bewegungsaufnahme nach der Naht vielfach gute Erfolge erzielen. Verf. empfiehlt darnach diese Naht auch bei Menschen zu versuchen, und erhofft davon eine Besserung der Resultate. **Baisch**-Heidelberg.

16) **Marcus** (Posen). Fall von Myositis ossificans traumatica. (Aerztl. Sachverst.-Zeitg. 1910. Nr. 23, S. 468 ff. 1 Röntgenbild.)

Kasuistischer Beitrag. Ein Arbeiter erlitt ein Trauma der Ellbogengegend und lange Zeit nach der Verletzung — wahrscheinlich erst zwei Jahre später — war eine Myositis ossificans circumscripta palpatorisch und durch Röntgenbild nachweisbar. Die Frage nach der Zeit der Entstehung — ob wie gewöhnlich 3—4 Wochen nach dem Trauma oder erst lange Zeit später oder etwa ein zeitweiliges Stationärbleiben des zur gewöhnlichen Zeit begonnenen Verknöcherungsprozesses — wird nicht entschieden. **Natzler**-Heidelberg.

17) **Horvâth** (Budapest). Ein Fall von Myositis ossificans traumatica. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXV. S. 726.)

Bei H.s Patientin (13 jähriges Mädchen) entwickelte sich im Anschluss an Tenotomien und forzierte Abduktion wegen Littlescher Erkrankung eine allmähliche Ossifikation des Musculus iliacus internus auf beiden Seiten, die eine fast völlige Ankylose des Hüft-



gelenks bewirkte. Die Verknöcherung begann am Ansatz des Muskels. H. glaubt deshalb, dass eine Verletzung des Periosts an dieser Stelle den Anstoss zu der Verknöcherung gegeben habe.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

18) **Péteri** und **Singer** (Budapest). Ein Fall von Myositis ossificans progressiva bei einem 4 Jahre alten Knaben. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. XV. 6, S. 363ff. 2 Abbildg., 4 Röntgenb.)

Bei dem von gesunden Eltern stammenden Knaben fanden sich schwere durch die M. oss. progr. gesetzte Veränderungen. Behinderte Beweglichkeit des Kiefergelenks (wahrscheinlich infolge von Knochenbildung im M. temporalis u. masseter), vollständige Unbeweglichkeit der Nackenmuskulatur, fast völlige Unbeweglichkeit des Brustkorbs, beides Folgen von Verknöcherung in den entsprechenden Muskeln. Oberarme in mässiger Abduktion fixiert, ebenso Schulterblatt völlig am Rücken fixiert. Die Wirbelsäule ist starr. Starke Knochenleisten im biceps und brachial. int. Frei waren nur Unterarme und Hände, Bauchmuskulatur sowie die unteren Extremitäten. An beiden Füssen Hallux valgus. Mikrodaktylie der Hände.

4 Jahre später waren die bisher vorhandenen Verknöcherungen noch stärker ausgeprägt, ferner neue in der Bauchmuskulatur und Anfänge in den Beinen aufgetreten.

Alles in allem ein typischer Fall: Kongenitaler Ursprung, Beginn in der Nacken- und Schultermuskulatur, langsames, anfallsweises Fortschreiten, symmetrische Difformität der grossen Zehen, Mikrodaktylie der Hände.

Neben der ausführlichen Beschreibung des Falles wird ein kurzer geschichtlicher Abriss gegeben, ferner Bemerkungen klinischer und pathologisch-anatomischer Art. **Natzler**-Heidelberg.

19) **Otfrid Foerster.** Ueber die operative Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln. (Berl. klin. Woch. 1910. No. 31.)

F. begründet kurz noch einmal die Methode der Ausschaltung der sensiblen Wurzeln. Um nicht durch Resektion sämtlicher in Frage kommender Wurzeln (1.—5. Lumbal u. 1. u. 2. Sacralwurzel) totale Anästhesie der Beine zu erzeugen und bei Wiederkehr der willkürlichen Beweglichkeit einer schweren Ataxie vorzubeugen, schlägt er vor, von zwei benachbarten Wurzeln möglichst nur eine, jedenfalls nicht mehr als zwei benachbarte zu resezieren.



Am zweckmässigsten wird im allgemeinen 2. 3. 5. Lenden- und 2. Sarcralwurzel gewählt. Bei schwerer Kniebeugekontraktur empfiehlt er 2. 3. 5. Lumbalis und 1. Sacralis zu durchschneiden, weil die schmale Sacralis 1 nicht ausreicht. Bei der oberen Extremität ist die Resektion von 4 oder 5 Wurzeln am besten C_4, C_5, C_7, C_8, D_1 zu empfehlen. Die 6. Cervicalis genügt für die sensible Versorgung von Daumen, Zeige- und Mittelfinger. —

Indikation: im allgemeinen nur schwere Fälle. Der Sitz der zu Grunde liegenden Krankheit ist belanglos, die Natur der Krankheit nicht. Progressive Prozesse (Erweichung, Tumor, Entzündung) sind ungeeignet, ausgeheilte Spondylitis mit Spasmen geeignet. Für den Erfolg der Operation ist das Vorhandensein von innervatorischen Bahnen für willkürliche Bewegungen von grösster Wichtigkeit. Beim Little sind sie oft an der oberen Extremität grösstenteils vernichtet. Das ist sehr ungünstig für das Resultat. Umgekehrt bei der spastischen Armlähmung bei der cerebralen Kinderlähmung, hier überwiegt die spastische Komponente die paretische. Die Resultate sind hier sehr gute. —

Technik: Früher empfahl F. zweizeitige Operation, neuerdings wird mehr einzeitig operiert. Die Dura muss genügend hoch und breit freigelegt werden, also der Bogen des 1.—5. Lendenwirbels und ein Teil des Sacrum, die Bögen bis auf die Gelenkfacetten der Gelenkfortsätze weggenommen werden, resp. 3.—7. Hals- und und 1. Brustwirbelfortsatz. Vorsicht beim Eröffnen der Dura wegen sich vordrängender Wurzelfasern. Zur Orientierung an der cauda legt man vor Abkneifen des Dorns des 5. Lendenwirbels, in dessen Höhe die 1. Sacralwurzel austritt, einen Faden quer durch die Muskulatur in dieser Höhe. Die 2. Sacralis ist kleiner als die erste. Vorstudien an der Leiche!

Unmittelbar nach der Operation Hyperästhesie und Schmerzhaftigkeit bei jeder Bewegung. Fixierung der Beine in abnehmbaren Gipshülsen in Streckung, Abduktion und Aussenrotation und Bewegungsübungen. Fixierung jahrelang! Beim Stehen anfangs starke Gleichgewichtsstörung, die durch Uebungen zu bekämpfen ist. Wenn Muskelverkürzungen bestehen, Tenotomien oder Plastiken.

Hohmann-München.

20) **H. Küttner** (Breslau). Die Förster'sche Operation bei Little'scher Krankheit und verwandten spastischen Zuständen. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 70. Bd., 2. u. 3. H., S. 393.)

Verf., der einer der ersten war, die die von O. Förster so genial



ausgedachte Operation am Lebenden ausführten, bringt seine Erfahrungen über die Erfolge dieser Operation bei spastischen Lähmungen der unteren Extremitäten in 10 Fällen. Die Krankengeschichten werden in extenso mitgeteilt, und bietet jede durch ihre Verschiedenheit eine Fülle des Interessanten. Auch die Technik wird auf's genaueste geschildert und durch einige vorzügliche Abbildungen veranschaulicht. K. will bei Einhaltung der beschriebenen Technik und peinlichster Asepsis die Operation nicht als derart schwer gelten lassen, dass die Gefährlichkeit des Eingriffs eine Kontraindikation gegen die Wurzelresektion bieten könne. Allerdings gilt das nur für die spast. Lähmungen, nicht für Systemerkrankungen des Rückenmarkes, und weiterhin soll die Operation auch nur bei den schwersten paraplegischen Formen der Little'schen Krankheit ausgeführt werden, die jeder anderen Therapie trotzen. In solchen Fällen leistet sie aber auch wirklich Vorzügliches. Die Erfolge in den 10 Fällen des Verf. lassen sich kurz dahin zusammenfassen: Aus bewegungslosen, starren Krüppeln wurden Kinder, die wieder stehen und gehen lernten und auch der Intellekt besserte sich in raschem Tempo. Von grosser Wichtigkeit für den Erfolg ist die Nachbehandlung, die viel Zeit und Mühe erfordert. Es ist eine konsequente Uebungstherapie notwendig, um die aktive Beweglichkeit zu fördern. Die Beine müssen in abnehmbare Gipshülsen gelagert werden, die besonders Nachts jahrelang zu tragen sind. Eventuell können die Erfolge durch Sehnenoperationen (Tenotomien und Plastiken) verbessert werden, doch rät K. durch eigene schlechte Erfahrungen belehrt, dieselben nicht zu früh vorzunehmen, da manchmal dort, wo man Schrumpfungskontraktur vermutete, doch noch aktive Beweglichkeit eintreten kann, und die vorgenommenen Operationen, dann den gegenteiligen Effekt als den gewünschten haben können. — Für jeden, der bei Fällen Little'scher Krankheit die Förster'sche Operation ausführen will, ist die Lektüre dieser Arbeit unbedingt zu empfehlen. **Balsch**-Heidelberg.

21) **Codivilla.** Ueber die Förstersche Operation. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 27.)

Nach einer pathologisch-physiologischen Betrachtung über die Reflexvorgänge bei der Littleschen Krankheit kritisiert C. die beiden von Förster bei seinem ersten Vortrag vorgestellten Fälle dahin, dass wegen der langen Nachbehandlung und den kombinierten Operationen wie Sehnentransplantationen und Tenotomieen ein strikter Beweis für die Wirksamkeit des Eingriffs nicht gegeben sei. Darum teilt er einen Fall eigener Beobachtung mit, der nur mit Radikotomie



behandelt wurde. Es handelte sich um ein 15 jähr. Mädchen, das seit dem 10. Lebensjahre an zunehmenden Spasmen der Beine mit Ausbildung von Kontrakturen litt, einer spastischen Spinalparaplegie infolge Sklerose der Seitenstränge. Rechts resecierte C. die 2. sakrale, 5. und 3. lumbale, links die 2. sakrale und 5. lumbale Wurzel, die 3. lumbale Wurzel links war nicht ohne Schwierigkeit erreichbar. Das Resultat war eine bedeutende Verminderung der spinalen Reflexerregbarkeit, grössere Freiheit in den willkürlichen Bewegungen und grössere Beherrschung derselben. Geblieben ist der spastische Gang und die Kontrakturen. Links, wo nur 2 Wurzeln durchtrennt waren, sind Spasmus und Kontrakturen stärker als Rechts. C. kommt zu dem Schluss, dass der Erfolg ein grösserer geworden wäre, wenn er eine grössere Anzahl von Wurzeln durchtrennt hätte. Im Gegensatz zu anderen Autoren rät er davon ab, die schwersten Fälle dieser Operation zu unterwerfen, weil sie ihr eventuell nicht gewachsen seien. Um den Eingriff ungefährlicher zu gestalten, regt er an, das Operationsfeld von der lumbosakralen auf die dorsolumbale Gegend zu verlegen, wo eine leichtere Orientierung über die Wurzeln möglich sei als in der Cauda equina. —

Hohmann-München.

22) **Hevesi** (Klausenburg). Beitrag zur operativen Behandlung der angeborenen Gliederstarre (Littlesche Krankheit) mittelst Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln (Foerstersche Operation). (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 19, S. 880.)

H. hat in einem Falle von Littlescher Krankheit die Resektion von mehreren hinteren Rückenmarkswurzeln ausgeführt und zwar auf der einen Seite die zweite, dritte und fünfte lumbale und die 2. sakrale Wurzel, auf der anderen, wo die spastischen Erscheinungen geringer waren, die zweite und vierte lumbale und die erste sakrale Wurzel. H. gibt eine genaue Schilderung der Operation. Der Erfolg inbezug auf das Aufhören der Spasmen und Besserung der Gehfähigkeit war ein recht guter. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

23) **Guleke** (Strassburg). Nachtrag zu dem Originalartikel in Nr. 30. 1910. Zur Technik der Foerster'schen Operation. (Zentralbl. f. Chir.)

Zur Vermeidung verschiedener Nachteile seiner dort angegebenen Methode ohne breite Eröffnung des Duralsackes geht G. nunmehr folgendermassen vor: Nach Freilegung der Dura wird diese in der Mittellinie mit einer stumpfen Pinzette gefasst und zur Seite ge-



zogen. Die hinteren Wurzeln werden aufgesucht und mit einer Sonde stumpf von den vorderen getrennt. Darauf wird die hintere Wurzel mit ihrer Durascheide quer durchschnitten und eventuell noch der Nervenstumpf mit einer Knopfsonde in den Duralsack zurückgeschoben. Zwei nach dieser Methode operierte Patienten konnten mit geheilten Wunden nach 8 Tg. das Bett verlassen.

Natzler-Heidelberg.

24) **Heermann** (Kassel). Die Extension in der Behandlung von Nervenleiden. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 33.)

Bei Kontrakturen, klonischen und tonischen Krampfformen, Tremor und Nervenentzündungen wendet H. die Extension an, von der er zuweilen überraschend schnelles Nachlassen der Schmerzen gesehen hat. Er zieht in der Längsrichtung anfangs, bei hartnäckigeren Fällen aber verwendet er Doppelextension, eine Kombination von Längszug mit Hyperextension, die manuell, aber bequemer wohl mit Apparaten ausgeführt wird. Für Schulter und Hüfte gibt er zwei solcher einfachen Zugapparate an. Besonders wirksam ist die Methode bei der Ischias. Hier verbindet er diese Methode mit den auch sonst üblichen Heilfaktoren, verzichtet auch bei frischer Ischias nicht auf Massage, indem er die Berührung der kranken Stellen vermeidet, und weiter bedient er sich der schon früher von ihm angegebenen Kompression mit Gummischwämmen, die bei Schwellungen sehr nützlich sein sollen.

Hohmann-München.

25) Infantile Paralysis in Massachusetts in 1909. (Monthly Bulletin of the Massachusetts State Board of Health. Juni 1910.)

Das ziemlich umfangreiche Heft bietet für das Studium der Kinderlähmung viel interessante Einzelheiten und gibt einen Ueberblick über die systematische Erforschung der gehäuften Epidemien dieser Krankheit im Staate Massachusetts im Jahre 1909.

Die Forschungen geschahen sowohl durch Umfragen bei den behandelnden Aerzten, als auch durch Sendung von Aerzten an den Ort der Epidemie, um genau die Ausbreitungsart und die Symptomatologie der Krankheit zu studieren. Eine grosse Reihe von statistischen Tabellen und Karten erläutern das Ergebnis der Forschungen. 81 Fälle sind genau beschrieben.

Ferner findet man die ganze Pathologie der spinalen Kinderlähmung angeführt, nebst den neuesten Impf- und Immunisierungsversuchen, sowie die Behandlung der verschiedenen Stadien der Krankheit.

Zander-Heidelberg.

26) **Stiefler** (Linz). Ueber die epidemische spinale Kinderlähmung und ihr Auftreten in Oberösterreich (1909). (Med. Klinik. 1910. Nr. 44, S. 1743 ff.)

In dem kurzen Aufsatz wird wesentlich Neues zur Poliomyelitis-Frage nicht gebracht. Von der oberösterreichischen Epidemie wird interessieren, dass in einigen Fällen die Lähmungen nach anscheinender Gesundung auftraten — was übrigens auch anderwärts schon beobachtet wurde — und dass bei keinem Individuum eine zweitmalige Erkrankung nach einem grösseren Intervall beobachtet wurde. Die angeblich vollkommene Heilung in 22 % der Fälle erscheint sehr hoch. Im Gegensatze zu anderen Beobachtungen hatte man bei der beschriebenen Epidemie nicht den Eindruck der Uebertragung durch gesunde Zwischenpersonen. Auch zur Annahme einer kontagiösen Fortpflanzung konnte man nicht gelangen.

Natzler-Heidelberg.

27) **S. Flexner** (New-York). Experimental epidemic Poliomyelitis and its relations to human beings. (Archives of Pediatrics. Juli 1910.)

Verfasser berichtet über seine interessanten Versuche, die epidemische Poliomyelitis auf Affen zu übertragen. Er ging in der Weise vor, dass er Rückenmark von Kindern, die an der Krankheit gestorben waren, als Suspension in das Gehirn der Affen injizierte, die dann nach einer Inkubationszeit von durchschnittlich 7—9 Tagen mit den gleichen Symptomen erkrankten. Das Virus kann von diesen Tieren weiter auf eine unbegrenzte Zahl anderer Tiere übertragen werden, ist also wahrscheinlich ein lebendes Virus. Es geht durch die feinsten Bakterienfilter hindurch, ist mit den jetzigen optischen Hilfsmitteln nicht wahrnehmbar und lässt sich ausserhalb des Körpers nicht kultivieren.

Fl. konnte das Virus weder im Stuhl, noch im Darm, dagegen in der Nasen- und Rachenschleimhaut nachweisen. Er nimmt daher an, dass das Virus wegen der grossen Nähe von den Meningen auf die Nasen- und Rachenschleimhaut gelangt und so den Körper verlässt. Auf umgekehrtem Wege soll das Virus ins Zentralnervensystem gelangen und als Bahn den N. olfactorius benutzen. Experimentell konnte Fl. Tiere zwar nicht von der intakten, so doch von der durch ein geringes Traumen verletzten Nasenschleimhaut infizieren.

Ferner fand Verfasser, dass die Tiere nach Ablauf der Erscheinungen immun waren und dass das Blut immunisierende Eigenschaften besitzt. Vor Eintritt der Lähmungen ist im Liquor cerebro-



spinalis eine Vermehrung des Eiweissgehalts und der Zellen nachweisbar, jedoch ohne Trübung der Flüssigkeit.

Zander - Heidelberg.

28) **Wette** (Köln). Die chirurgisch-orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (Med. Klinik 1910. Nr. 31, S. 1211 ff.)

Aelteres und Neueres zu diesem Thema. Mit dem, was über Sehnenverpflanzung gesagt wird, kann man sich im allgemeinen einverstanden erklären, wenn auch manches ein Widersprechen erheischt, so die angeführte alte Lorenz'sche Ansicht, bei bestehender Kontraktur zu redressieren, monatelang zu fixieren und — dann erst, die aber jetzt gewöhnlich unnötige Sehnenüberpflanzung auszuführen. Gewöhnlich gelingt das Redressement leicht und die Ueberpflanzung kann direkt angeschlossen werden. Sollten wirklich einmal bei stärkerer Fixierung der Kontraktur Weichteilquetschungen etc. vorgekommen sein, die einen einwandfreien Verlauf der Operation gefährden könnten, so wäre eventuell zwei Wochen zu warten und dann weiter zu operieren. Was ein längeres Fixieren und nachheriges Arbeiten mit durch monatelange Gipsumschnürung sicher nicht besser gewordenen Muskeln für Vorteile haben sollte, ist nicht recht einzusehen.

Auch die monatelange Fixierung der operierten Extremität erscheint mir nicht nötig. Im allgemeinen wird man bei einfachen Ueberpflanzungen mit 6 Wochen Fixation im Gipsverband auskommen. Dann kann die Nachbehandlung mit Massage, Elektrizität, aktiven Bewegungsversuchen, Bädern etc. einsetzen.

Bezüglich der Arthrodesen-Operation sei noch ein Wort gesagt. Es ist ja wohl richtig, dass im allgemeinen nicht vor dem 6.—8. Jahr operiert wird, aber es wäre doch zu bedenken, ob es nicht besser ist, die Operation früher auszuführen, wenn das Kind nicht früher auf andere Weise zum Laufen gebracht werden kann. Uebrigens wird auch hier die Geldfrage manchmal mitzusprechen haben. Bis zum 20. Jahr zu warten, wird wohl allgemein als zu lang — nicht befolgt werden.

Bei der Nervenplastik tappen wir z. Z. doch nicht mehr so ganz im Dunkeln bei der Auswahl des zu pfropfenden Teiles. Die Arbeit A. Stoffels über Nervenpfropfung hat über die Topographie im Nerven sehr interessante und operativ verwertbare und schon verwertete Aufschlüsse gegeben. Es ist jedenfalls eine Basis geschaffen, die systematisch weitergebaut werden kann und die erwarten lässt, dass die bisher schwankenden Begriffe über Nervenplastik auf einen solideren Grund gestellt werden.

Natzler-Heidelberg.



29) **H. Klose** u. **H. Vogt** (Frankfurt a. M.). Klinik und Biologie der Thymusdrüse. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 69. Bd. 1. H.)

Nach interessanten Erörterungen der Auto- und Phylogenie der Thymusdrüse kommen Verff. auf die Besprechung der Klinik der Thymuserkrankung insbesondere der Thymus hyperplasie und des Thymustodes. Die chirurg. Inangriffnahme solcher Fälle müsste zu einer experimentellen Untersuchung der Bedeutung der Drüse für den Körper führen, d. h. in der experimentellen Ausschaltung einerseits und ihrem Ersatz andererseits. Einwandfreie Versuche der 1. Gruppe waren abhängig von der Möglichkeit einer vollständigen Entfernung des Organes zur Zeit ihres anatomischen und funktionellen Höhepunktes, ohne dabei das Leben der Tiere durch den Eingriff selbst zu gefährden.

Die Technik der Versuche, die Verff. an Hunden anstellten, ist im Original nachzulesen, und sei im folgenden nur der Kürze wegen über die Resultate berichtet, soweit sie sich auf das Knochensystem beziehen und spezielles orthopädisches Interesse haben.

Die Folgen der Thymektomie scheiden sich in drei Stadien: 1. das Latenzstadium 2—4 Wochen dauernd, 2. das Stadium adipositatis 2—3 Monate dauernd, 3. das Stadium cachecticum oder Cachexia thymo priva mit Idiotie. Dauer 3—14 Monate. Tod im Coma. Die Störungen, die im Verlauf dieses Krankheitsbildes am Knochen auftreten, sind charakterisiert durch enorme Armut an Kalksalzen. Es entstehen Erscheinungen wie wir sie bie Rachitis, Osteomalazie und Osteoporose zu sehen gewöhnt sind. Die Tiere bleiben zwerghaft, Knochen werden biegsam oder brüchig, es kommt zu Spontanfrakturen, die wegen mangelnder Callusbildung nicht heilen. Die einheitliche Ursache dieser Erkrankungsformen haben Verff. in einer Säureüberladung des Körpers durch Nucleïnsäure gefunden. Milz, Pankreas, Schilddrüse, Ovarien, Hoden und Lymphdrüsen kommen nach Thymusexstirpation in ein Stadium der Hyperplasie, Entstehung des „Status lymphaticus" anderer Autoren.

Therapeutisch ist von Interesse, dass durch Verabreichung von Thymuspräparaten die toxischen Erscheinungen erheblich gesteigert und das Coma beschleunigt werden. Es kommt also nur vermehrte Alkalizufuhr, Anregung des Körpers zur vermehrten Alkalibildung und chirurgisch die Autoplastik in Betracht. **Balsch**-Heidelberg.

30) **W. Lobenhoffer.** Beiträge zur Lehre von der freien Osteoplastik. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 70. Bd., 1. H., S. 87.)

In 6 Fällen freier Knochenimplantation konnte Verf. das Implantat histologisch nachuntersuchen.



Von besonderem Interesse ist der 1. Fall: Bolzung von Femur und Tibia mit Fibulastück nach Resektion wegen Sarkom. Die 86 Tage später notwendige Amputation lieferte das Präparat. Die histologische Untersuchung ergab, dass der Bolzen in ganzer Ausdehnung nekrotisch war und dass die Neubildung von dem mitverpflanzten Periost ausging. Dasselbe ergab die Untersuchung der anderen Fälle. Damit bringt Verf. für die von Axhausen vertretene Lehre, dass bei Transplantation periostgedeckten Knochens dieser nekrotisiert und nur das Periost den Mutterboden für die Knochenneubildung und Ersatz des toten Stückes bildet, eine neue Stütze.

Balsch-Heidelberg.

31) **Pokotilo** (Moskau). Ueber das Schicksal lebender Knochen, die in Weichteile transplantiert worden sind. (Archiv f. klin. Chir. 1910. Bd. 93, S. 143 ff. 2 Textfiguren.)

P. hat ein Periostknochenblättchen unter die Haut eines Nasenflügels transplantiert und dann nach 10 Tagen aus technischen Gründen wieder entfernt. Die angestellte histologische Untersuchung lässt ihn zu folgendem Ergebnis kommen: Tansplantierter Knochen geht, trotz scheinbarer klinischer Einheilung, vollständig zugrunde. Jedoch ist das Periost des transplantierten Knochens lebensfähig und hat allem Anschein nach die Fähigkeit, Knochen zu produzieren.

Natzler-Heidelberg.

32) **Springer** (Prag). Zur traumatischen Entstehung von Exostosen. (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie XXV. Bd. S. 792.

Nach der Reposition einer angeborenen Hüftluxation bei einem 12 jährigen Mädchen beobachtete S. die Entwicklung einer Exostose an der Spina ant. sup. des Darmbeins. Verf. glaubt, dass die Zerrung der Weichteile an der Spina bei der Reposition die Entstehung dieser Exostose bewirkt habe.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

33) **Mollow** (Sofia). Ein Fall von multiplen Knochenexostosen. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. XV. H. 3. S. 173 ff. 4 Fig.)

Kasuistischer Beitrag. M. hat bei seinem Patienten neben den Exostosen rhachitische Veränderungen und Veränderungen an der Schilddrüse gefunden. Er tritt der Ansicht Ritters bei, der annimmt, dass Rhachitis und multiple Exostosen mit Veränderungen der Schilddrüse zusammenhängen.

Natzler-Heidelberg.



34) **Saurborn.** Die fibröse Atrophie der Knochen. (Aus dem pathol. Institut d. Universität Berlin). (Virchows Archiv Bd. 201, S. 467—470. 1910.)

Die von Rindfleisch 1871 zuerst bei Wirbeldruckatrophie durch Aortenaneurysma beschriebene, von Orth dann an Knochen mit Gallertmark beobachtete Metaplasie von Spongiosabalken in Bindegewebe, „die fibröse Atrophie der Knochen“, wurde von Saurborn in den Femora, Rippen und Wirbeln von Menschen mit chronischer Ernährungsstörung — bes. bei Kachexie infolge maligner Blastome und allg. Altersatrophie gefunden (Kontrolluntersuchung an jungem Selbstmörder). **Pol**-Heidelberg

35) **Otto von Frisch** (Wien). Zur Behandlung frischer Diaphysenbrüche. (Archiv f. klin. Chir. 93. Bd. 3. Heft.)

Verfasser teilt seine Erfahrungen über ein Repositionsmanöver mit, das er bei 8 Vorderarmbrüchen mit gutem Erfolg angewandt hat. Es waren frische Diaphysenbrüche mit Dislokation und Verkürzung, wo das für die manuelle Längsextension zu grosse Hindernis der Muskelretraktion durch Abbiegung an der Frakturstelle umgangen wurde. In Aetherrausch wird der Arm zunächst vollkommen supiniert und die Fragmente derart eingestellt, dass nur die Verkürzung bei gleicher Dislokation beider untern Fragmente (dorsal oder volar) bestehen blieb. Unter kontinuierlicher Extension biegt man die distalen Fragmente nach der Seite der Dislokation (dorsal oder volar) winklig ab, während die in dem entstehenden Winkel fest eingesetzten Finger die Bruchflächen über einander schieben. Nun folgt die Streckung des Winkels. Bei gelungener Reposition können kräftige Pro- und Supinationsbewegungen ausgeführt werden. Bei Erwachsenen lässt F. nach 3 Wochen eine breite volare Schiene tragen. **Zander**-Heidelberg.

36) **Wilms** (Basel). Moderne Behandlung der Diaphysenfrakturen der unteren Extremitäten. (Med. Klinik 1910. No. 36. S. 1395.)

Als Fortschritte in der Behandlung der Extremitätenbrüche bezeichnet W. 1) die Nagelextension von Steinmann, 2) die Zuppinger'sche Schienenbehandlung bei Beugestellung der Extremitäten, 3) eine Reihe von Vorschlägen der operativen Behandlung. Bei der Behandlung der Oberschenkelbrüche verwirft er den Gipsverband von vornherein. Nur bei unruhigen, kleinen Kindern lässt er ihn gelten. In erster Linie will er die Zuppingerschiene angewendet



wissen, in zweiter Linie Heftpflasterextension eventuell mit Seitenzügeln. Führen diese nicht zum Ziel, so kommt die Nagelextension in Frage und, wenn auch diese nicht den gewünschten Erfolg hat, Fixation des Beines in leichter Beugung über einer doppelten schiefen Ebene und Verstärkung des Zuges an den Nägeln.

Bei der Behandlung der gewöhnlichen Unterschenkelbrüche kommen in Frage: Gipsverband, Heftpflasterextension und Zuppingerschiene. Wenn alle drei Methoden versagen, Nagelextension. Bei komplizierten Frakturen ist für die meisten Fälle von vorneherein die Nagelextension zu empfehlen, eventuell Heftpflasterextension oder Zuppingerschiene.

Für eine Reihe von Brüchen an dem Unterschenkel kommt die blutige Redression der Fragmente in Frage — bei Oberschenkelbrüchen ist sie möglichst zu vermeiden! Bei Verzahnung der Fragmente ist sie der Nagelextension vorzuziehen. Eventuell sind zur besseren Adaptierung Elfenbein- oder Nagelbolzen in die Markhöhle der Tibia einzulegen. Eventuell werden — bei Schrägbrüchen — zirkuläre Schnürungen mit Draht ausgeführt.

Bei den supramalleolären Brüchen mit starker Verschiebung der Fragmente und Splitterung gibt W. im allgemeinen der Heftpflasterextension den Vorzug, wegen der leichten Kontrollierbarkeit der Fussstellung. Im übrigen glaubt er, dass hier in Zukunft öfter blutige Eingriffe auszuführen sein werden, um eine möglichst gute Stellung zu erzielen.

Die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden sind besprochen, technische Winke werden gegeben, insbesondere wird nachdrücklich auf den Wert und die Wichtigkeit der Kontrolle durch Röntgenuntersuchung hingewiesen. **Natzler**-Heidelberg.

37) **S. Bergel** (Hohensalza). Callusbildung durch Fibrin. (Archiv f. klin. Chir. 93. Bd., 3. H.)

Verfasser konnte durch subperiostale Injektion von Fibrinemulsion bei Kaninchen und Meerschweinchen starke kallöse Knochenverdickungen hervorrufen und hält den Beweis für erbracht, dass unter den Blutbestandteilen das Fibrin es ist, welches das Periost in spezifischer Weise zur Callusbildung anregt.

Die Entwicklung der experimentell erzeugten Knochenneubildungen liess sich in den verschiedenen Stadien mikroskopisch genau studieren. Es fand sich, dass sich neben der enchondralen Knochenbildung Knochengewebe aus den Bindegewebszellen direkt oder auf dem Umwege der Knorpelbildung, also nach dem metaplastischen Typus, entwickelte.

Bei verzögerter Callusbildung und Pseudarthrosen gelang es Bergel, nach Fibrininjektion noch nachträglich Konsolidierung hervorzurufen. Alle 8—10 Tage wird 0,3 pulverförmiges Fibrin, in 5—6 g physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt, mit ziemlich weiter Kanüle unter das Periost der Knochenenden injiziert. Regelmässig treten Reaktionserscheinungen auf, bestehend in ödematöser Schwellung, vorübergehender Temperatursteigerung und geringer Schmerzhaftigkeit. **Zander**-Heidelberg.

38) **Otto** (Kiel). Die Bedeutung der Nagelextension für die Kriegschirurgie. (D. militärärztl. Zeitschr. 1910. H. 23, S. 889 ff.)

Otto bespricht die mannigfachen Vorteile der Steinmann'schen (eigentlich Codivilla'schen) Nagelextension für gewisse Frakturen und illustriert sie durch einige von ihm beobachtete Fälle aus der Kieler Klinik. Er empfiehlt sie besonders auch für die Behandlung schwerer Schussfrakturen im Kriege, wo sie in den stehenden Lazaretten mit grossem Vorteil wird angewendet werden können. In der Kriegssanitätsausrüstung sind die St.'schen Nägel bereits vorgesehen. **Natzler**-Heidelberg.

39) **D'Anna** (Rom). I corpi mobili articolari come esito d'infortunio sul lavoro. (Il Policlinico A. XVII, fasc. 47.)

Bei einem am Knie verunglückten Arbeiter wurde in der Folge die Anwesenheit eines beweglichen Gelenkkörpers erkannt. Obwohl nicht unbedingt ausgeschlossen werden konnte, dass der Fremdkörper im Gelenk schon vor dem Trauma vorhanden sein konnte, war doch immerhin bewiesen, dass im Anschluss an eine traumatische Einwirkung die Mobilisierung eines Fragmentes im Innern des Gelenkes möglich ist, das durch die Reibung, die fortgesetzte Wirkung der Bewegung und wahrscheinlich der Flüssigkeiten selbst geschliffen wird, bis es eine rundliche Form ohne Kanten und Unebenheiten erreicht.

Belehrt aber durch diesen Fall schritt Verf. von da ab zur Radiographie sämtlicher Gelenke, die ein Trauma erlitten hatten, und zwar kurze Zeit nach demselben, und konnte nach einer Reihe von negativen Fällen zu einem positiven Fall gelangen.

Bei einem 52jährigen Tagelöhner zeigte die Röntgenographie 21 Tage nach einem Trauma an einem Knie deutlich die Anwesenheit von zwei beweglichen Gelenkkörpern (neueren Datums), deren Entstehung sicher in dem von dem Arbeiter in den vorausgehenden Tagen erlittenen Trauma zu suchen war; in diesem Fall

konnte nicht angenommen werden, dass sie bereits vor dem Trauma vorhanden waren, da die Form, die Ecken, die Rauhigkeiten deutlich für kürzlich von dem Schienbeinkamm freigewordene Knochensplitter sprachen. Das andere Knie war dagegen vollkommen normal.

Es ist demnach erforderlich, dass in jedem Fall von Gelenkverletzung stets die Radiographie des Gelenkes gemacht wird, um die unmittelbaren Wirkungen der Läsion zu bestimmen und in allen Fällen zu vermeiden, dass entweder eine präexistierende Läsion eines Tages betrügerischerweise für eine Folge des erlittenen Traumas ausgegeben wird oder die wirklichen Wirkungen des Traumas selbst irrtümlicherweise auf dem Unfall vorausgehende intraartikuläre Prozesse zurückgeführt werden können. **Buccheri**-Palermo.

40) **Wysocki.** Kasuistische Mitteilungen über Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita. (Diss. Breslau. 1910.)

Nach W.'s Ansicht kann bei den luetischen Erkrankungen von einem abgeschlossenen klinischen Bilde keine Rede sein. Zum Beweise für diese seine Ansicht führt er die Krankengeschichten von 9 Fällen von Gelenkerkrankungen bei erworbener Lues an, die der dermatologischen Abteilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau entstammen und die auch die alte Ansicht, dass grössere luetische Prozesse im Organismus nicht mit Fieber auftreten, besonders nicht mit langdauerndem Fieber mit hohen Temperaturen zu Falle bringen, da sich unter diesen mehrere Fälle befinden, die ganz unter dem Bilde eines akuten Gelenkrheumatismus mit hohen Temperaturen verliefen. Die Diagnose kann oft erst durch die Wassermannsche Reaktion geklärt werden. Wenn auch die Behandlung in erster Linie eine spezifische sein soll und muss, so dürfen selbstverständlich alle lokalen Methoden, die mehr nach der chirurgischen Richtung hin liegen, nicht ausser Acht gelassen werden, um jene zu unterstützen. **Blencke**-Magdeburg.

41) **Röpke.** Gelenktuberkulose unter dem Bilde des Gelenkrheumatismus. (Poncet.) (Diss. Leipzig 1910.)

R. bespricht zu Beginn seiner Arbeit die Mitteilungen Poncets und seiner Schüler über den Rhumatisme tuberculeux articulaire und führt einige markante Beobachtungen Poncets hinsichtlich des angegebenen Krankheitsbildes an. Während in der ersten Zeit die Poncet'schen Arbeiten überhaupt nicht berücksichtigt wurden, ist neuerdings ein Wandel eingetreten und viele Autoren, namentlich auch deutsche, haben sich eingehender mit diesen befasst. R. be-



richtet über zwei Fälle und zeigt an der Hand dieser Fälle, wie grosse Schwierigkeiten eine präzise Diagnose oft machen kann. Er ist der Meinung, dass von einer Lehre Poncets noch nicht gesprochen werden kann, sondern vorläufig nur von einer Theorie.

Blencke-Magdeburg.

42) **Ghilarducci** (Rom). Azione dei raggi X sulle artriti ed adeniti tubercolari. (Il Policlinico. A. XVII, fasc. 10.)

Durch experimentelle Untersuchungen wollte Verf. die Frage der verschiedenen über die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen aufgestellten Meinungen lösen und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Unsere Versuche bestätigen die wohl bekannte günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf die tuberkulösen Adenitiden und Gelenkleiden.

2. Die Röntgenstrahlen haben bei den verwendeten Dosen (20 Einheiten H) die Fähigkeit, den tuberkulösen Prozess auf das eingeimpfte Gelenk und die Drüsen der entsprechenden Leiste zu begrenzen, sterilisieren aber nicht vollständig die Gewebe, die Sitz des tuberkulösen Prozesses sind, da dieser sich konstant bei den gesunden Tieren reproduziert hat, die mit Gewebsstückchen aus den Gelenken und tuberkulösen Drüsen geimpft wurden.

3. Die durch Einimpfung der bestrahlten Gewebe reproduzierte Tuberkulose ist um so schwerer, je schwächer die benutzte Bestrahlung war; äusserst schwer und rasch tödlich ist sie bei mit nicht bestrahlten Geweben geimpften Tieren.

4. Die wohltätigen Effekte der Bestrahlung beruhen z. T. auf einer direkten Wirkung auf die Bazillen, z. T. auf den schlechten Lebensbedingungen, die dem Bazillus durch die die tuberkulösen Massen einhüllende und vollständig isolierende Sklerose geschaffen werden.

5. Dieser Skleroseprozess bildet sich nicht auf Kosten der tuberkulösen Granulationsgewebe, sondern auf Kosten des Stroma der gesunden Lymphfollikel selbst. **Buccheri**-Palermo.

43) **Brüning.** Die Behandlung tuberkulöser Erkrankungen mit Trypsin. (Deutsche med. Woch. 1910. No. 35.)

B. teilt seine Erfahrungen mit den von Jochmann empfohlenen Trypsininjektionen in tuberkulöse Abszesse mit, die bekanntlich den Zweck haben sollen, den Abszessen das ihnen fehlende proteolytische Ferment zuzuführen, um den Eiter resorbierbar zu machen. Auch die Jodoformglycerininjektionen wirken ja wahrscheinlich durch die



Tätigkeit der chemotaktisch herangezogenen polynukleären Leukozyten. B. verfährt so, dass er mehrere 10 ccm fassende sterilisierte Fläschchen mit je 0,1 gr. Trypsin (Kahlbaum) beschickt, mit Watte verschliesst und vor dem Gebrauch mit steriler physiol. Kochsalzlösung füllt, sodass er je 10 ccm. einer 1%igen Trypsinlösung erhält. Wegen der leichten Zersetzung und Trübung bereitet er die Mischung täglich neu. Die Abszesse punktiert er mit dickem Trokar, entleert sie, ev. mit Ausdrücken, injiziert 1—2 ccm. Trypsinlösung und schliesst die Oeffnung mit einem Pflaster. Wiederholung nach 5—7 Tagen. Bei Gelenkerkrankungen nach der Injektion Anlegen eines immobilisierenden Gipsverbandes. Die Einspritzungen in geschlossene Abszesshöhlen riefen einen leichten ½—1 Stunde dauernden Schmerz hervor, während die Injektion in nicht erweichte Lymphome sehr schmerzhaft war. Nach mehreren Injektionen wurde meist der dünne gelbliche Eiter durch Blutbeimischung rotbraun und allmählich serös und zellenarm. Die Abszesse füllten sich nicht so schnell wieder wie bei Jodoforminjektionen. Nach dem Versiegen der Sekretion blieb stets noch länger eine derbe nicht schmerzhafte Resistenz zurück. Gute Resultate sah B. nach den Injektionen in tuberkulöse Hygrome und kleine kalte Abszesse. Bei Senkungsabszessen war kein Unterschied gegenüber dem Jodoformglycerin zu sehen. Gelenktuberkulosen mit grossen Knochenherden oder reine Fungi waren ungeeignet für Trypsin. Auch verkäste oder noch derbe Lymphome sind von Trypsinbehandlung auszuschliessen. Nur erweichte Lymphome reagieren günstig. Fieber oder sonstige Schädigungen sah Br. nicht, ausser einem meist bald sich zurückbildenden Oedem in manchen Fällen.

Hohmann-München.

44) **E. G. Beck.** Der diagnostische Wert und die therapeutische Wirkung der Wismutpaste bei chronischen Eiterungen. (Münch. med. Woch. 1910. No. 33.)

Beck gibt hier die Erfahrungen dreier Jahre über seine Wismutpaste zum Besten, behandelt die Verbesserung der diagnostischen Methode durch stereoskopische Röntgenaufnahmen, die die Lage der Fisteln zu den Knochen genauer erkennen lassen, und bespricht die therapeutische Verwendung. Aus den Arbeiten der verschiedensten Chirurgen, die die Methode anwandten, ergibt sich, dass die Heilungsresultate zwischen 12 und 76% schwanken. Ursachen dieser Schwankungen sind teils Zufälle, wie vorhandene Fremdkörper, die das Ausheilen verhindern, teils Sequester. Erst



nach Entfernung derselben wirkt die Paste heilend. Auch technische Fehler sind oft an den Misserfolgen schuld. Die Paste muss weich genug sein, um überall hindringen zu können, der Druck darf nur ein mässiger sein, um Zerreissungen und weitere Infektionen zu vermeiden. Umwandlung eitrigen Sekrets in seröses ist ein prognostisch günstiges Zeichen. B. glaubt, dass die Wirkung der Paste darin besteht, dass das Wismutsubnitrat in der Körperwärme hydrolysiert wird und freie Salpetersäure abgibt. Verschiedene Präparate gaben sehr verschiedene Mengen Salpetersäure ab, vielleicht erklären sich so manche Misserfolge. Auch prophylaktisch zur Verhinderung von Fistelbildung verwendet Beck die Injektionen, indem er kalte Abszesse spaltet, ca. 100 Gramm der 10% Paste einspritzt ohne Verschluss der Oeffnung und damit meist in 1—3 Wochen eine Heilung erzielt. Vorsicht wegen der Intoxikationsgefahr! Die ersten Symptome sind: livide Verfärbung der Haut, Zahnfleischulcerationen, später Brechreiz, Kopfschmerz, Lockerung der Zähne, Gewichtsabnahme. Eventuell Auswaschen der zurückgebliebenen Paste mit warmem sterilem Olivenöl und Aspirieren der Massen, nicht auskratzen. 6% der Fälle sind ungeeignet für die Behandlung. — Die Arbeit ist vor allem für den Praktiker wichtig wegen der Mitteilung mancher Beobachtungen aus der Praxis, die dazu beitragen werden, Indikation und Anwendung dieser Methode noch genauer festzustellen, als das heute möglich ist.

Hohmann-München.

45) **E. Payr.** Ueber die operative Mobilisierung ankylosierter Gelenke. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 37.)

P. bietet in dieser Arbeit etwas ausführlicher das dar, was er auf dem Orthopädenkongress 1910 über diese Frage vorgetragen hat. Entscheidend für das Gelingen seines Interpositionsverfahrens ist strengste Ausmusterung der Fälle, die sich für die Operation eignen. Die Untersuchung muss feststellen: 1. die path. anat. Form der Ankylose, den Zustand des Kapselschlauchs; 2. den Zustand der parartikulären Weichteile; 3. den aktiven Bewegungsapparat (Entartungsreaktion!); 4. Erloschensein des Grundleidens; 5. Allgemeinzustand, körperlich, psychisch, intellektuell, letzteres wegen der Mitarbeit des Patienten bei der langdauernden Nachbehandlung. Nicht zu alte, nicht zu junge Patienten operieren! Prognose vorsichtig stellen. Das Operationsgebiet muss sehr übersichtlich freigelegt werden unter Schonung des aktiven Bewegungsapparates Längsschnitte! (wichtige Sehnen nicht durchschneiden, sondern sub-

kortikal abmeisseln!). Die Gelenkkörper etwas verkleinern. Faserknorpel ist wertlos, nicht schonen. Genaueste Inspektion aller Teile des Gelenkes. Totale Entfernung der irreparabeln Kapsel samt Verstärkungsbändern, da sich die Kapsel aus dem parartikulären Bindegewebe neubildet. Keine Schnitte ins Periost wegen ostaler Wucherungen machen. Interpositionsmaterial sind für einfache Knorpeldefekte frei transplantiertes Periost und Perichondrium, für alle anderen Fälle gestielte Muskel- Fett- oder Faszienlappen aus der Nachbarschaft, sowie Sehnenscheiden und Schleimbeutel. Notwendig ist gute Fixierung der Lappen an den Gelenkenden, Klaffen des Gelenkspaltes zur Vermeidung von Druck (Extension mehrere Tage lang) und exakteste Blutstillung, sowie gute Hautnaht. Sorgfältigste Nachbehandlung mit aktiven Uebungen, Vermeidung brüsker passiver Bewegungen wegen Gefahr der Blutung, Lokalanästhesie oder Stauungsbinde bei Schmerzen, Schienenhülsenapparate, Heissluft, Massage, Elektrizität. Eventuell künstliche Gelenkbänder oder Sehnentransplantationen nach Lange. Unangenehme Komplikationen, die das Resultat sehr beeinträchtigen können, sind primäre oder sekundäre (Narbe!) Wundinfektion, Abriss von Sehnen und Bändern bei Bewegungen, Frakturen der atrophischen Knochen. Beim Schultergelenk bildet P. Lappen aus Pectoral. major, beim Ellenbogen (günstigstes Gelenk) aus dem Trizeps, beim Handgelenk Fettlappen aus dem Subkutangewebe, bei Fingergelenken aus den Beugesehnenscheiden, beim Hüftgelenk aus dem Rectus femoris oder Sartorius, beim Kniegelenk (zur Zeit noch am ungünstigsten) langer Faszienfettlappen aus dem tractus iliotibialis, beim Talokruralgelenk aus dem Triceps surae. Bei 30 operierten Fällen hat P. 9 gute Dauererfolge erzielt. Der interessanten, auch die Fehler offen bekennenden Arbeit sind zahlreiche Skizzen über die Technik der Eingriffe beigegeben. **Hohmann**-München.

46) **H. Schloesmann.** Die Entstehung des angeborenen muskulären Schiefhalses. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 71. Bd., 1. H.)

Auf Grund eingehender, auch histologischer Untersuchungen an dem reichen Material der Leipziger chirurg. Universitätspoliklinik kommt Verf. zu dem Schluss, dass für die Entstehung des angeborenen Caput obstipum nur die Völcker'sche Theorie von der ischämischen Muskellähmung und Kontraktur des Kopfnickers möglich ist. Die histolog. Untersuchungen, namentlich in sehr frühem Alter, ergaben eine Muskeldegeneration, wie man sie in ganz gleicher Weise bei ischämischer



Nekrose findet, entzündliche Erscheinungen oder solche eines intra partum erworbenen Traumas fehlten völlig. Die Kopfnickerischämie kann im Foetalleben oder intra partum entstehen, am häufigsten ist wohl die intrauterine Belastung. Die vererbten oder mehrfach in einer Generation beobachteten Fälle sind nicht als primäre Keimfehler, sondern als in gleicher Weise auftretende Belastungsdeformitäten zu betrachten. **Baisch**-Heidelberg.

47) **Bloch** (Kattowitz). Über Wirbelsäulenverletzung mit seltener vorkommenden Symptomen von seiten der Cauda equina. (Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 16, S. 323.)

Mitteilung dreier Fälle, bei denen der Conus terminal. durch Unfall (Verschüttetwerden) lädiert wurde und die im allgemeinen die gleichen nervösen Symptome boten: Nachlassen der Potenz und Reithosenanästhesie in allen drei Fällen, Anästhesien an Perineum, Scrotum und Penis in zwei Fällen. Bei der Verletzung handelte es sich anscheinend nur um Absprengung kleinerer Knochenstückchen. Ein Röntgenbefund fehlte. **Natzler**-Heidelberg.

48) **Wehrsig.** Zur Kenntnis der chronischen Wirbelsäulenversteifung. (Bechterew.) (Virchows Arch. Bd. 202, S. 305-317. 1910.)

Bei einem 29 jährigen Mann traten nach Verstauchung des Rückens und Genicks durch Sturz während der ersten 4 Jahre Schmerzen in Halswirbelsäule und Nacken auf, dann Versteifung der Halswirbelsäule, im 5. Jahre der Brustwirbelsäule, im 11. Jahre der Lendenwirbelsäule ein. Exitus mit 40 Jahren an Lungentuberkulose.

Die anatom. Untersuchung ergab eine den peripheren Gelenkankylosen analoge Erkrankung der wahren Gelenke der Wirbelsäule — im Gegensatz zur primären Bandscheibendegeneration der Spondylitis deformans. Im Gegensatz zu Simmonds wird mit E. Fränkel die Ossifikation der Gelenkbänder als sekundär aufgefasst. Bezüglich der Aetiologie hat W. aus der Literatur 116 Fälle zusammengestellt: danach kämen in erster Linie chronisch-rheumatische und Erkältungsschädlichkeiten (40,52 bzw. 39,66 %) zu 25 % Trauma — wohl nur auslösend bei rheumatisch bereits disponierten oder chronisch Erkrankten: W. — in Betracht.

In W.'s Falle war die Tuberkulose veranlasst durch die Ankylose der Wirbel-Rippengelenke; der Tod wurde in Anbetracht der klin. Beobachtung und des Sektionsbefundes als Folge des Unfalls gedeutet. **Pol**-Heidelberg.



49) **Petréss** (Upsala). Beiträge zur Kenntnis der Syphilis der Wirbelsäule und der Basis cranii. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XXI. Bd. H. 5.)

Verf. teilt einen Fall sicherer syphilitischer Karies der Halswirbelsäule mit, der in Ankylose ausheilte. Das Röntgenbild ergab Deformierung und Sklerosierung der Wirbel. Ferner berichtet er über 2 Fälle syphilitischer Periostitis der Halswirbelsäule. Schliesslich ein Fall, bei dem klinisch das Bild der Hirnsyphilis bestand und bei dem Verf. das Röntgenogramm, das an Stelle der Sella turcica eine weite, den ganzen Sinus sphenoidalis einnehmende Höhle aufwies, als Caries der Basis cranii deuten zu können glaubt. Die Möglichkeit eines Tumors (grosses Gumma) der Hypophysengegend schliesst Verf. durch neurologische Momente aus.

Baisch-Heidelberg.

50) **E. Hoffmann** (Greifswald). Zur Entstehung und Behandlung der Skoliose. (Deutsche med. Woch. 1910. No. 32.)

H. vertritt die Entstehung der Skoliose, soweit sie nicht rachitisch oder statisch oder durch andere Momente bedingt ist, durch Störung des Muskelgefühls, des Gleichgewichtssinnes, die durch das längere Einhalten der fehlerhaften Haltung bei Ermüdung im Sitzen während der Schule eintrete. Aus der fehlerhaften Haltung entwickele sich die Skoliose, die sekundären Knochen- und Weichteilveränderungen. Therapeutisch schlägt er Erziehung zur Selbstkorrektion und Muskelübungen vor. „Auf die Art der Uebungen kommt es dabei nicht wesentlich an.“ Auch Massage, schiefer Sitz und erhöhte Sohle gehören zu seinem Rüstzeug. Bei versteiften Formen lässt er auch nach Klapp kriechen. **Hohmann**-München.

51) **J. B. Adams** (Boston). The importance of the vertical or articular processus of the vertebra in the production of congenital scoliosis. (Boston Medical and Surgical Journal. April 1910.)

Verfasser untersuchte die 64 Präparate von Wirbelsäulenanomalien der Sammlung des Warren-Museums auf das Vorhandensein von Skoliosen und fand nur 7 angeborene Skoliosen darunter. Davon waren 2 mit Wirbelverschmelzung, 2 mit Exostosen arthritischen Ursprungs und die 3 übrigen wiesen Entwicklungsfehler der Wirbelbögen als wahrscheinliche Ursache der Skoliose auf.

Auf Grund seiner Untersuchungen bezweifelt Adams den von Böhm angenommenen ursächlichen Zusammenhang von numerischer



Variation und Skoliose. Unter den Präparaten der Sammlung fanden sich mehrere Wirbelsäulen, die erhöhte Sakralisation auf einer Seite aufwiesen, d. h. der letzte Lumbal- oder erste Sakralwirbel zeigte auf einer Seite eine stärkere Entwicklung. Es findet nun durch ungleiches Wachstum des Darmbeins ein Ausgleich statt, sodass die obere Kreuzbeinfläche nicht geneigt ist, sondern parallel der Ebene der Sitzknorren steht. So erklärt es sich, dass trotz der Asymmetrie keine Skoliose entsteht.

Verfasser betont zum Schluss, dass angeborene Deformitäten, die mit Skoliose zusammen gefunden werden, nicht ohne weiteres als die Ursache derselben anzusehen sind. **Zander**-Heidelberg.

52) **D. van Dorp-Beucker Andreae.** Behandeling van Spondylitis met het corset van Calot. (Behandlung von Spondylitis mittelst des Calot'schen Korsett.) (Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde 1910. II. No. 16.)

Auf Grund von drei Fällen von Spondylitis, mittelst der modifizierten Methode Calot's im Hospiz in Katwyk an der Nordsee mit gutem Erfolge behandelt, empfiehlt van D.-B. A. dieselbe. Die Genesung trat relativ bald ein und die Difformität wurde ganz aufgehoben.

Die Methode wird genau beschrieben und ihr Wert dem Gipsbette, der Extension, dem gewöhnlichen Sayre'schen Gipskorsett und den Apparaten gegenüber verglichen.

Fixierte Kyphosen wurden noch noch nicht behandelt, aber der Autor wird doch auch versuchen, diese mittelst der Methode zu heilen. **C. B. Tilanus.**

53) **Otto Rothschild** (Frankfurt a. M.). Ueber funktionelle Heilung der Cucullarislähmung mittels freier Fascienplastik. (Zentralbl. f. Chirurgie 1910. Nr. 45. S. 1441.)

R. macht zur Freilegung des Operationsgebietes einen Schnitt vom oberen medialen Schulterblattwinkel schräg abwärts zum ersten Lendenwirbel. Dann entnimmt er der Fascia lata femoris einen ca. 20 cm langen, 4—5 cm breiten Streifen, fixiert die eine Schmalseite desselben am medialen Scapularand oberhalb der Spina und die andere am Latissimus dorsi und der tiefen Rückenmuskulatur dicht neben der Wirbelsäule, während ein Assistent das Schulterblatt wirbelsäulen- und fusswärts drückt. Es wird unter starker Spannung vernäht und der von der Fascie ausgeübte Zug soll so stark sein, dass die Skapula wieder in gleicher Höhe mit der der gesunden



Seite steht und ihr medialer Rand mit der Wirbelsäule parallel verläuft. Auf diese Weise wurde eine seit $^1/_2$ Jahr bestehende Cucullaris-Lähmung in 10 Tagen funktionell völlig ausgeheilt.

Natzler-Heidelberg.

54) **Most.** Über Rippenbruch mit Intercostalneuralgie. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 37.)

Ein Strassenbahner erlitt durch Stoss gegen die Seite eine Fraktur der rechten 12. Rippe. Von da an bestanden Schmerzen in der rechten Seite bei jeder Bewegung und auch beim Heben des rechten Armes. Die Gegend der 12. Rippe war an einer Stelle druckempfindlich. Röntgenbild: Fraktur der 12. Rippe mit Deviation des lateralen Fragments nach abwärts. Nach vergeblichen therapeutischen Versuchen aller Art schritt man zur Operation, legte die Rippe frei und fand an der Frakturstelle am lateralen Rande des erector trunci eine spindelförmige Verdickung und lateral eine Abwärtsknickung. Die Rippe wurde subperiostal möglichst weit zentral reseziert, und auch das Periost an der Unterseite der Rippe entfernt. Der Nerv kam nicht zum Vorschein. Seit der Operation sind die Beschwerden vollkommen verschwunden.

Hohmann-München.

55) **Versé.** Uber die kongenitale Trichterbrust mit besonderer Berücksichtigung der normal-anatomischen Verhältnisse. (Zieglers Beiträge zur path. Anat. Bd. 48, H. 2, 311—342. 1910.

Versé untersuchte 4 Fälle von Trichterbrust anatomisch; drei davon (48 jähr. Frau, $1^1/_2$ jähr. Knabe und 54 jähr. Frau) sind auf Entwicklungsstörung („genuin"), einer (73 jähr. Schuster) auf gewerbliche Druckwirkung (acquiriert) zurückzuführen.

Zur Prüfung der Berechtigung der verschiedenen Theorien über die Genese hat er zum Vergleich an 205 Leichen das Sternum mit seinen Abteilungen gemessen und untersucht. Er stellte dabei bei den normalen Sterna eine „fast völlige Anarchie" auf metrischem Gebiete fest, im Allgemeinen immerhin folgendes: Mit der Körperlänge nimmt auch die Länge der einzelnen Abschnitte des Sternums zu. Von der Mitte der 20er Jahre an erfolgt kein erheblicher Zuwachs in den Längenmassen.

Das Sternum des Mannes ist in allen Teilen grösser als das der Frau.

Das Manubrium ist beim Weibe im Verhältnis zum Corpus etwas grösser als beim Mann.



Die knorpeligen Verbindungen zwischen den 3 Sternalknochen bleiben oft bis ins höchste Alter erhalten.

In einem grossen Prozentsatz liegen die Knorpel der 7. Rippen vor der Basis des Processus ensiformis, am häufigsten bei Frauen (als Folge der besonderen Bauart des weibl. Thorax, nicht des Schnürens).

Sehr oft, namentlich bei Männern, findet sich eine Spaltung des Processus ensiformis, bei hohen Graden gewöhnlich mit Rectusdiastase kombiniert (Curschmann). —

Bei seinen Fällen von „genuiner" Trichterbrust fand er im Gegensatz zur von E. Ebstein aufgestellten Theorie eines verlangsamten Wachstums des Brustbeins ein exorbitant grosses Corpus sterni: z. B. bei einer Frau mit Trichterbrust von 159 cm Körperlänge: Manubr. 4,1, Corp. 11,8, Proc. 4,0, Stern. 19,9 cm, gegenüber einem Normalwerte für eine Frau von 160,8 cm Länge: Manubr. 5,0, Corp. 9,1, Proc. 5,5, Stern. 19,5 cm.

Der Typus der Sternalverbiegung bei der genuinen Trichterbrust scheint zu sein: normale Richtung des Manubriums, mehr oder weniger starke lordotische Krümmung des Corpus, Aufbiegung des Processus. Bei dem einen Fall der acquir. Trichterbrust entfällt der Hauptanteil der Einbuchtung auf den Processus und die auseinander gedrängten Rippenbogen.

Ueber die Genese der genuinen Trichterbrust lässt sich etwas sicheres auf Grund der anatom. Untersuchung nicht sagen.

Pol-Heidelberg.

56) **K. Lexer** (München). Nachuntersuchungen von traumatischen Schultergelenksluxationen. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 70. Bd., 1. H., S. 221.)

Verf. hat die Schulterluxationen der letzten 5 Jahre aus der Münchner chirurg. Klinik nachuntersucht. Von 40 unkomplizierten Luxationen war bei 15 = 37,5 % keinerlei Beeinträchtigung mehr vorhanden, 15 haben volle Beweglichkeit, aber noch Schmerzen, 10 = 25 % haben mehr oder weniger starke Bewegungsstörungen. Von 6 mit Absprengung oder ähnlichen komplizierten Luxationen zeigt nur 1 volle Funktion. Die tabellarische Uebersicht zeigt, dass Pat. unter 50 Jahren bessere Prognose bieten, von grösster Wichtigkeit ist eine frühzeitige und ausgiebige Bewegung. Frühzeitiges Wiederaufnehmen der Arbeit oder körperlicher Uebung kann dasselbe leisten wie lange Nachbehandlung mit Massage oder medico-mechanische Uebungen.

Baisch-Heidelberg.



57) **Osann** (Frankfurt). Beitrag zur Kenntnis der isolierten Lähmung des Nervus musculo-cutaneus. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 18, S. 832.)

O. beobachtete einen Fall von isolierter Lähmung des Nervus musculo-cutaneus, den er auf Ueberanstrengung der von diesem Nerven versorgten Muskeln (Bizeps, Brachialis internus und Coracobrachialis) zurückführt. Infolge des vikariierenden Eintretens des Brachioradialis war die Beugefähigkeit des Armes teilweise erhalten. An Sensibilitätsstörungen bestanden Parästhesien und Herabsetzungen der verschiedenen Gefühlsempfindungen im Bereich des Nerven.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

58) **Haenisch** (Hamburg). Isolierte Fraktur des Capitulum (Eminentia capitata) humeri. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. XV. 6. S. 335 ff. 4 Röntgenbilder.)

Eine junge Dame war auf die Aussenseite des linken Ellbogens gefallen. Unter heftigen Schmerzen schwoll der Arm bald an. Klinisch wurde „Gelenkverletzung“ festgestellt. Nach Röntgenaufnahme (ventro-dorsale und radio-ulnare Seitenaufnahme) wurde vollständige, isolierte Absprengung des Capitulum humeri bei erhaltener Kontur des Kondylus mit volarer Dislokation des Fragments festgestellt. Operative Entfernung des Bruchstückes. Schliesslich vollständige normale Beweglichkeit des Ellbogens bis auf leichte Behinderung der Streckung. Die klinische Diagnose ist kaum möglich. Uebrigens ist auch die Deutung der vorzüglichen Röntgenogramme keineswegs einfach. Genaueres wäre im Original nachzulesen.

Natzler-Heidelberg.

59) **Vulliet** (Lausanne). Die Epicondylitis humeri. (Zentralbl. f. Chir. 1910. No. 40. S. 1311.)

Beschreibung des von V. in der Semaine médicale v. 10. 9. 09 zuerst angegebenen Krankheitsbildes der „Epicondylitis humeri“: Streng auf den Epicondylus beschränkter Schmerz bei gewissen Bewegungen und auf örtlichen Druck. Gefühl der Schwäche und Schwere im Vorderarm. Besonders charakteristisch ist das Fehlen jeglicher objektiver Symptomes. Das Leiden ist sehr hartnäckig, von Massage hält V. nicht viel, bei besonders hartnäckigen Fällen will er eventuell Alkoholeinspritzungen machen.

Natzler-Heidelberg.


6



60) **Drago** (Genua). Sull'intervento cruento primitivo nelle fratture del gomito dei ragazzi. La Liguria medica 1910 Nr. 21.

Verf. teilt 2 Fälle mit, durch die er beweisen will, dass der Chirurg, wenn er überzeugt ist, dass die Persistenz einer Verschiebung der Fragmente Ursache eines Funktionshindernisses des Gelenkes sein könne, sich für den blutigen Eingriff zu entscheiden hat, sofern es ihm nur möglich ist, unter der strengsten Asepsis zu operieren.

Buccheri-Palermo.

61) **Nürnberg.** Über Schnittführung bei der Resektion des Ellenbogengelenkes. (Diss. Leipzig 1910.)

N. geht in grossen Zügen die verschiedenen Resektionsmethoden des Ellenbogengelenks durch, berührt mit kurzen Worten die ihnen anhaftenden Nachteile und kommt dann eingehend auf den von Levy gemachten Vorschlag zu sprechen, auf eine Methode, die seiner Meinung nach die bisher beste ist. Wenn auch die praktischen Erfahrungen, die mit dieser Resektionsmethode gewonnen sind, noch zu wenig ausreichend sind, um über ihre funktionellen Resultate zu berichten, so lässt sich doch immerhin schon soviel feststellen, dass die mediale Aufklappung des Ellenbogengelenkes ein die Funktion des Armes wenig schädigender Eingriff ist. Die Fixation des Olekranon, welche bei dieser Methode gewonnen wird, ist eine so sichere, dass schon nach 8—10 Tagen mit vorsichtigen Bewegungen des Gelenkes begonnen werden kann, ein für die Sicherung der Wiederherstellung einer normalen Beweglichkeit nicht zu unterschätzender Vorteil. **Blencke**-Magdeburg.

62) **Dietz** (Haag). Die radio-ulnare Synostose, eine seltene angeborene Missbildung der Ellbogengegend. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. XVI. 1., S. 22. 2 Röntgenbilder.)

Kasuistischer Beitrag. Ein Fall von sogenannter reiner radioulnarer Synostose. Bei einem 1 1/2 jähr. Knaben mit Syndaktylie der linken Hand und Wachstumsstörungen am linken Vorderarm steht der linke Vorderarm in extremer Pronationsstellung, bei vollkommener Unmöglichkeit aktiver oder passiver Supination. Diagnose durch Röntgenbild erhärtet. Aetiologie: Vielleicht schon vor der Teilung der gemeinsamen Radius-Ulnaanlage aufgetretene Ossifikation. Im Gegensatz dazu ist die andere Form der radio-ulnaren Synostose — mit Luxation des Radius — vielleicht nach Differenzierung von Radius und Ulna, durch Raummangel im Uterus, amniotische Stränge u. ä. **Natzler**-Heidelberg.



63) **Umbreit** (Berlin). Traumatische komplizierte Epiphysenlösung beider Vorderarmknochen. (D. Zeitschr. f. Chir. 105. Bd. 5.—6. H. 1910.)

Bei einem 14jährigen Jungen kam durch direkte Gewalt-Einwirkung eine komplizierte Epiphysenfraktur beider Vorderarmknochen am distalen Ende zustande mit starker Dislokation der Diaphysen volarwärts. In Narkose Reposition durch Zug, wobei das Zurückverlagern der Sehnen Schwierigkeiten machte. Primäre Naht. Am Röntgenbild ist später keine Verschiebung der Fragmente nachweisbar; gute Funktion der Hand. Bei den ziemlich seltenen komplizierten Epiphysenbrüchen besteht die Gefahr der Wachstumsstörung, daher ist genaue Reposition der Fragmente notwendig und zu deren besserer Fixierung, wenn irgend möglich, die primäre Vernähung der Wunde oder auch die Knochennaht. In dem beschriebenen Fall war nach Jahresfrist noch keine Wachstumsstörung zu bemerken.

Zander - Heidelberg.

64) **Binet, Trénel** et **Worms** (Nancy). Les incurvations des os de l'avant-bras consécutives à l'ostéomyélite de leur extrémité inférieure. (Archiv. de méd. des enf., Mai 1910.)

Die Osteomyelitis des Kindes- und Jünglingsalters führt mitunter zu sehr ernsten Veränderungen des Skelettes und zwar können dieselben lange nach dem anscheinenden Erlöschen der Krankheit in Erscheinung treten. Diese Störungen haben als Hauptursache Veränderungen in den Wachstumsknorpeln, die zum Teil durch den Krankheitsprozess zerstört werden und daher zu einem unregelmässigen, krüppelhaften Wachstum derselben Veranlassung geben.

Die Osteomyelitis des unteren Endes der Vorderarmknochen führt zu mehr oder weniger späten Verbiegungen dieser Knochen, und zwar werden folgende Varietäten beobachtet: 1.) Wenn der Epiphysenknorpel der Ulna zerstört ist, so bildet sich eine Verbiegung des Radius aus, derart dass die Konvexität derselben nach vorne und aussen gerichtet ist; 2.) Wenn der Epiphysenknorpel des Radius osteomyelitisch erkrankt war, so entwickelt sich eine ebensolche Verbiegung des Radius. Endlich 3.) ist noch eine Varietät zu verzeichnen, die als Radius curvus bezeichnet wird und die darauf beruht, dass nur ein Teil des radialen Epiphysenknorpels zerstört ist, der andere Teil aber normal bleibt, derart dass der Knochen nur an einer Seite wächst und durch das Zurückbleiben der anderen Seite eine mehr oder weniger auffallende Verbiegung erfährt. Diese Veränderung wurde von früheren Autoren als „progressive Sub-



luxation des Handgelenkes“ angesehen, von Anderen wieder als eine Folge verschiedener Veränderungen an den Flexorensehnen, den Gelenkbändern etc. angesehen, welchen Erklärungen die Verfasser die obenerwähnte, der partiellen Osteomyelitis des Epiphysenknorpels mit nachfolgendem unregelmässigem Wachstume des unteren Radiusendes zu substituieren vorschlagen.

Die Behandlung aller dieser Difformitäten ist eine rein chirurgische, bestehend in Ausschneidung eines keilförmigen Knochenstückes aus dem verbogenen Knochen, Redressierung desselben und Anlegen eines Gipsverbandes in der richtigen Stellung.

E. Toff-Braila.

65) **Gabaglio** (Mailand). Fratture dello scafoide del carpo. (Il Policlinico. Sez. chir. A. XVII. fasc. 8-9-10.)

Durch radiographische, klinische und experimentelle Untersuchungen behandelt Verf. die Fraktur des Kahnbeines in vollständiger Weise. In seiner Monographie finden alle bisherigen Kenntnisse darüber eingehende Würdigung und daran schliessen sich von seiner Seite wichtige persönliche Beobachtungen sowohl aus den klinischen Fällen, welche er hat studieren können, wie aus seinen experimentellen Untersuchungen.

Unter Besprechung der verschiedenen Stellungen, welche die Hand beim Fall annehmen kann, und der verschiedenen Modalitäten der Läsionen, welche damit einherzugehen pflegen, legt er fest, welches die typische mechanische Bedingung für das Eintreten einer isolierten Fraktur ist. Was die Ausgänge anbelangt, so schliesst er die Restitutio ad integrum infolge mangelnder Callusbildung aus und beschreibt die sekundären Veränderungen des Knochens und der Weichteile.

Buccheri-Palermo.

66) **R. Grashey.** Ueber Verletzungen des ersten Metacarpophalangealgelenkes, insbesondere die Bennet'sche Fraktur. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 70. Bd., 1. H., S. 197.)

Bennet hat als Erster darauf hingewiesen, dass bei der unvollständigen Luxation des 1. Metacarpale in der Regel noch eine Fraktur des vorderen Gelenkfortsatzes vorhanden ist. An Hand von 10 Fällen der Münchner chirurg. Klinik stellt Verf. fest, dass das Bruchstück des vorderen Gelenkfortsatzes so klein sein kann, dass man eher von Absprengung sprechen kann, dass ferner die Verschiebung nach hinten nur bei Verletzung des dorsalen Bandapparates zustande kommt. Neben der Bennet'schen Fraktur kommt



fast ebenso typisch eine Fraktur des Multangulum majus hinzu, oder eine Fraktur in der Nähe des Gelenkes.

Für die Therapie ist die Gelenkverschiebung das Wichtigste. Verf. gibt einen einfachen Heftpflasterschienenverband dafür an. [In der Ueberschrift scheint ein Druckfehler unterlaufen, da die Verletzung im 1. Carpo-metacarpalgelenk ihren Sitz hat. Der Ref.

Baisch-Heidelberg.

67) **Quorato** (Genua). Azione della tiosinamina e della fibrolisina nel morbo di Dupuytren. (La Liguria medica 1910 Nr. 19.)

Quorato versuchte die beiden Substanzen an zwei Patienten der chirurgischen Klinik zu Genua und konnte zum Schluss gelangen, dass das Thiosinamin und das Fibrolysin

1. keine Erscheinungen von Intoleranz gegeben,

2. die Erweichung der pathologischen Gewebe bei der Dupuytrenschen Krankheit bedingt haben, wobei sie mehr in die Ferne als in situ wirkten;

3. dass sie prompter und sicherer in den Anfangsstadien der Schrumpfung der Palmaraponeurose wirken. **Buccheri**-Palermo.

68) **Strempel.** Ein Fall von irreponibler Luxation des Zeigefingers im Metakarpo-Phalangealgelenk. (Münch. Med. Woch. 1910. No. 38.)

Infolge starken Überstreckens der Finger durch einen Fall auf die rechte Hand war bei einem 6jährigen Knaben eine Luxation des Zeigefingers auf die dorsale Seite der Hand im Metakarpophalangealgelenk aufgetreten, die irreponibel war. Es wurde die blutige Reposition vorgenommen von einem palmaren Längsschnitt aus unter Schonung der Sehnen. Das Köpfchen war durch einen Längsriss der Kapsel ausgetreten, die Kapsel hatte sich retrahiert und umschloss knopflochartig den Knochen. Nach Einkerbung der Kapsel und Entfernung eines abgesprengten Knorpelstückchens gelang die Reposition. Glatte Heilung und gute Funktion.

Hohmann-München.

69) **K. Hirsch.** Über die subkutane Zerreissung der Strecksehne an der Nagelphalanx der Finger. (Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 38.)

H. beschreibt 4 Fälle dieser Verletzung, bei deren zwei er durch Schienung für 4 Wochen in Streckstellung und folgende Massage einen vollen Erfolg erzielte. 3 mal war der Ringfinger, einmal



der Mittelfinger betroffen. In den veröffentlichten Fällen steht der Mittelfinger an erster Stelle. In den beobachteten Fällen trat die Verletzung einmal durch forzierte Flexion der 3. Phalanx bei sonst gestrecktem Finger ein, einmal durch Fall auf den ausgestreckten Finger, einmal durch energischen Zug bei Torsion und Flexion.

Hohmann-München.

70) **Franck.** Ein Fall von angeborener ungleichmässiger Entwicklung der Beinmuskulatur. (Ärztliche Sachverst.-Ztg. Nr. 20, S. 408.)

Mitteilung eines Falles dieser Art, bei dem Unterschiede von 5—9 cm am rechten Bein gegenüber dem linken vorhanden waren. Der Fall, bei dem keinerlei Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bestand, gibt F. Veranlassung, darauf hinzuweisen, dass viel zu häufig aus dem Massunterschied entsprechender Muskelgruppen ungünstige Schlüsse auf Erwerbsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit etc. gezogen werden. Bedeutung hätten solche Umfangsdifferenzen nur bei gleichzeitig vorhandenen Störungen an den Knochen oder den nächsten Gelenken. In dieser Form stimmt die Behauptung doch nicht ganz: Es können doch ohne jede nachweisbare Knochen- etc. Störung Atrophien einzelner Muskelgruppen (Quadrizeps!) vorkommen, die eine ganz erhebliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit mit sich bringen.

Natzler-Heidelberg.

71) **Joan Jianu** (Bukarest). Die Wiedereinpflanzung des Schenkels beim Hunde. (Spitalul. 1910. Nr. 14.)

Der Verfasser hat nach der Methode von Alexis Carrel und nach eigenen Erfahrungen die Amputierung und Wiedereinpflanzung des Schenkels beim Hunde versucht und folgendes Resultat erzielt.

Die Amputation wurde in der Mitte des Oberschenkels vorgenommen und die Femur beiläufig in seiner Mitte durchschnitten. Die Enden der Oberschenkelarterie und -Vene, sowie auch des Nervus ischiadicus wurden auf einer Ausdehnung von 2 cm herauspräpariert, hierauf die Blutgefässe mit sterilem warmem Wasser solange ausgespritzt, bis das in die Arterie eingespritzte Wasser aus der Arterie rein herausfloss. Dann wurde die Wiedervereinigung der Teile vorgenommen, indem zuerst der Knochen mittels Silbernähten rekonstituiert wurde, hierauf wurden Blutgefässe und Nerv genäht und die Haut wieder vereinigt. Das ganze Glied wurde durch einen Gipsverband immobilisiert. Drei Monate später konnte der Hund der chirurgischen und biologischen Gesellschaft in Bukarest



vorgestellt werden und es zeigte sich, dass die Weichteile tadellos zusammengeheilt waren, nur der Knochen zeigte noch keine feste Vereinigung und an dem hinteren Teile der Pfote hatte sich ein trophisches Geschwür entwickelt, wahrscheinlich infolge mangelhafter Vereinigung der vaso-motorischen Nerven. Die Blutzirkulation war aber eine gute. Später starb das Tier an einer interkurrierenden Broncho-Pneumonie und die Sektion zeigte die gute Vereinigung der Weichteile, der Blutgefässe und des Nerven.

E. Toff-Braila.

72) **H. Legros** (Le Havre). Fracture de la cavité cotyloide avec pénétration de la tête femorale dans le bassin. (Gazette des hôpitaux, Sept. 1910.)

Beschreibung eines der seltenen Fälle von Bruch des Acetabulum mit Eindringen des Femurkopfs ins Becken bei einem jungen Mann, der 12 m tief herabstürzte. Nach Nachlass der heftigsten Schmerzen wird Reposition versucht: unter Gegenextension wird starker Zug am Bein mit forcierter Adduktion angewandt. Danach kontinuierliche Extension. Der Patient, der viele Tage katheterisiert werden musste, geht jetzt mit Krücken umher. Die reelle Verkürzung beträgt 1,5 m. Die Flexion der Hüfte ist behindert.

Zander-Heidelberg.

73) **Strauss.** Beiträge zur Exartikulation des Hüftgelenks. (Diss. München 1910.)

Verf. bringt mit seiner Arbeit in Bezug auf statistisches Material eine Fortsetzung der im Jahre 1902 unter demselben Titel erschienenen Dissertation von Olmer. 16 Fälle, unter diesen drei Todesfälle, werden angeführt, jedoch dürfen die Exitus letales nicht der Operation selbst zugerechnet werden. In 14 Fällen wandte man die hohe Oberschenkelamputation an, auf die dann die Exarticulation folgte. Hierbei liess man nach Frank-Quénu in 6 Fällen den Kopf in der Pfanne. Einmal wurde nach der Roseschen Methode exarticuliert. Die Indicationen waren stets pathologische, 14 mal fand man Sarkome, 1 mal Panostitis und 1 mal Nekrose des Femur. Zweimal wandte man die Mombergsche Blutleere an, die auch in einem Falle ein gutes Resultat erzielte. Im anderen Fall folgten der Operation heftige Schmerzen im Unterleib und starkes Erbrechen. Einen Monat später starb Pat. Ob hier ein post hoc oder ein propter hoc vorlag, lässt St. unentschieden. Bei der Sektion fand man Thrombosen, die nach Kompression durch den Schlauch eingetreten sein könnten. **Blencke**-Magdeburg.



74) **Braus.** Ein experimentell-embryologischer Beitrag zur Entstehungsgeschichte der angeborenen Luxation. (Münch. med. Woch. 1910. No. 33.)

Der als Entwicklungsmechaniker bekannte Anatom Braus versuchte gegenüber der Anschauung, dass die angeborene Hüftluxation durch intrauterine Belastung, durch Druck der Uteruswand bei mangelndem Fruchtwasser und andere amniogene Ursachen entstehe und sich erst infolge der Luxation die Veränderungen von Kopf und Pfanne ausbilden, die Möglichkeit der Entstehung des Leidens als eines primären Bildungsfehlers zu erweisen. Er kommt dazu durch sehr sinnreiche Tierexperimente. Er geht aus von der Beobachtung, dass in der Regel ein Missverhältnis zwischen Kopf und Pfanne besteht, indem der Kopf zu gross für die unverhältnismässig kleine Pfanne ist. Bei Amphibien (bei der Unke) machte er nun das Experiment, durch Setzen eines bestimmten Vitium primae formationis und zwar durch Verkleinerung der Pfanne in der frühesten Entwicklung die Ausbildung einer Luxation herbeizuführen. Der Effekt war, dass der Kopf exzentrisch zu der irreparabel gebliebenen Pfanne stand. Aus dem Übergewicht der Mädchen gegenüber den Knaben in der Luxationsstatistik (13 : 2) schliesst B., dass möglicherweise in der Zeit der Differenzierung der Geschlechtsorgane durch die Besonderheit der weiblichen Organe eine gelegentliche Beeinflussung der Schädigung des jungknorpeligen weichen Symphysengewebes statfindet. Er fordert zu genauen Messungen der relativen Maasse des Femur und Beckens bei Luxationskindern auf (Länge des Femur = 100, danach in Prozenten die Länge des Beckens von der Ileosakralverbindung zur Symphyse).

Hohmann-München.

75) **Springer** (Prag). Neueres über die unblutige Operation der angeborenen Hüftverrenkung und ihre Resultate. Mit Bericht über 113 operierte Fälle. 6 Abbildg. (Prager med. Wochenschr. 1910. Nr. 18.)

Nach einer kurzen Besprechung des Werdegangs der unblutigen Behandlungsmethode der kongenitalen Hüftluxation, bespricht S. die von ihm angewandte Behandlungsmethode und ihre Resultate. Bei Kindern unter 6—7 Jahren verzichtet er auf die sogenannte „sekundäre Verbandperiode“, d. h. er legt alle Etappenverbände in gleicher Abduktion an, ausgehend von dem Gedanken, dass nicht durch die funktionelle Belastung während der Verbandzeit, sondern durch die „Kontrakturierung in Abduktionsstellung“ die Reposition zu einer



dauernden wird. Die Abduktionsstellung geht nach S. fast ausnahmslos von selbst zur Norm zurück. Sofort nach der Verbandabnahme einsetzende passive Gymnastik hält er direkt für einen Fehler. Den Kopf bringt S. entgegen der alten Lorenz'schen Vorschrift nicht so weit nach vorn, dass er in der Weiche stark vorspringt. Er hält unter solchen Umständen eine konzentrische Einstellung des Kopfes für unmöglich. Nur in den Fällen, wo der Kopf einen sehr schlechten Halt hat, bringt er ihn nach vorn. Die Verbandzeit dauert im allgemeinen 5—6, eventuell auch nur 3—4 Monate.

Schädliche Folgen nach der Einrenkung sah S. selten. Niemals Frakturen des Femurschaftes. Infraktionen im Schenkelhals und Epiphysenlösungen bei älteren Kindern (Altersgrenze 7—17 Jahre!) selten, dabei mit gutem funktionellen Resultat. Bei Fällen von auftretender Coxa vara hat S. den Verdacht, dass der grösste Teil davon auf Einknickung bei der Reposition zurückzuführen ist. Nervenlähmungen hat er nie erlebt. Das früher von Hoffa empfohlene gewaltsame Strecken im Knie am reponierten Bein bezeichnet er als „Attentat auf den N. peroneus"!

Die genaueren Resultate wären in der der Abhandlung eingefügten Tabelle nachzulesen. Jedenfalls legt S. bei seinen Fällen einen sehr strengen Massstab an. Was das anatomische Resultat anbelangt, so hat er bei einseitiger Luxation: Komplett reponiert bis zu 3 Jahren 70,6%, 3—5 J. - 87,5%; 5—7 J. - 81,8%; 7—17 J. - 38,4%; bei doppelseitiger komplett reponiert: bis zu 3 J. - 50%. 3—5 J. - 70%; 5—7 J. - 25%; über 7 J. - 0%.

Die besten Jahre zur Einrenkung sind das 3.—5. Lebensjahr, bei einseitiger Luxation noch bis zum 7., darüber hinaus immer noch erhebliche Verbesserung. Operation vor dem 3. Lebensjahr nicht zu empfehlen, wegen der Schwierigkeit der Verbandanlegung und wegen des weniger guten Haltes des Kopfes.

6 gute Röntgenbilder illustrieren die Arbeit.

Natzler-Heidelberg.

76) **Reiner** (Wien). Ueber die präliminäre Detorquierung.
(Zeitschrift für orthop. Chirurgie XXV. Bd. S. 775.)

Aus der Tatsache, dass die Antetorsion des Femur sowohl die Ursache für das Eintreten der angeborenen Hüftluxation überhaupt als auch im besondern die Veranlassung für die Reluxation bildet, zieht Verf. den Schluss, dass man diese Antetorsion beseitigen müsse und zwar vor dem Versuch der Reposition. B. führt diese Korrektur durch Osteoklase aus und zwar dann, wenn die Antetorsion im



Verhältnis zum Alter des Kindes so hochgradig ist, dass man eine genügende Umformung des Schenkelhalses nicht mehr erwarten kann. Verf. glaubt, dass ca. 15% der Luxationskinder einer solchen Vorbehandlung bedürftig seien. Die Reposition wird nach fester Verheilung der Fraktur ausgeführt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

77) **Orthopädische Gesellschaft in Berlin.**

Sitzung am 5. Dezember 1910.

Vorsitzender: Joachimsthal, Schriftführer: Böhm.

1. **Köllicker**-Leipzig: Über eine besondere Form von Pectus carinatum Die Besonderheit dieser Form von Pectus carinatum besteht darin, dass die stärkste Prominenz durch die Rippen gebildet wird, während das sonst verunstaltete Brustbein dadurch eingesunken erscheint. Vortragender demonstriert einen federnden Brustgürtel, der ihm bei der Behandlung dieser Deformität einige Male gute Dienste geleistet hat.

Muskat: Die von Köllicker beobachtete Form des Pectus carinatum hat Muskat in seiner Praxis öfter gesehen. Er empfiehlt redressierende Massnahmen mit der Hand.

2. **Joachimsthal**: Nachuntersuchungen im Säuglingsalter reponierter Kinder mit angeborener Hüftluxation. Vortragender hat vor einiger Zeit empfohlen, Kinder mit angeborenen Hüftverrenkungen so früh wie möglich zu reponieren, sobald die Diagnose gesichert ist. Die Behandlung weicht nur insofern von der sonst geübten Therapie ab, als nach erfolgter Einrenkung die Kinder keinen zirkulären Gipsverband erhalten, sondern mit abduzierten Beinen in eine Gipslade gelegt werden. Nach kurzer Zeit kann diese entbehrt werden, weil Vortragender die Erfahrung gemacht hat, dass die jungen Kinder nun in abduzierter Beinstellung lange Zeit verbleiben. Ist das Bein dann endlich gestreckt, so ist auch die Luxation geheilt. Vorstellung einiger im frühesten Kindesalter reponierten Patienten, bei denen ein ideales Resultat erzielt ist. Röntgenbilder vor und nach Beendigung der Behandlung bestätigen das.

Wollenberg, Bade und **Biesalski**: Sie haben in gleicher Weise wie Joachimsthal in einigen Fällen recht frühzeitig reponiert und gute Erfahrungen gemacht. Biesalski fixierte die Beine in abduzierter Stellung mit Aluminiumschienen.

3. **Gräfenberg**: Ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der kongenitalen Missbildungen der menschlichen Hand (mit Demonstrationen am Epidiaskop). Demonstration einer Reihe von Missbildungen an der Hand von Föten aus frühen Stadien. Vortragender hat sich nicht damit begnügt, die Präparate zu beschreiben und zu nutzen, sondern er hat auch die Muskelverhältnisse durch genaue Präparation studiert. Auf Grund seiner Befunde glaubt er wenigstens für einen Teil kongenitaler Missbildungen endogene Ursachen annehmen zu müssen.

4. **Peltesohn**: Erfahrungen mit der subkutanen Arthrodese. Vortragender berichtet über Misserfolge mit der von Bade auf dem diesjährigen Orthopäden-



kongress empfohlenen Arthrodese. Von drei operierten Fällen brachen in zwei Fällen die Elfenbeinstifte; einmal musste der Stift entfernt werden, weil er unter der Haut hervorkam und eine Perforation der Haut befürchten liess. In dem einen Fall von Schlottergelenk am Knie mussten wegen starker Schmerzen die zum Teil gebrochenen Stifte entfernt werden. Zwecks Versteifung des Knies erfolgte dann die Resektion. Die aus den Gelenken extrahierten Stifte weisen Auffaserungen auf, die wohl auf Resorption zurückzuführen sind. Die aus dem Knie exzidierte Synovialmembran zeigt keinerlei Veränderungen. Vortragender glaubt auf Grund dieser Misserfolge die subkutane Arthrodese ablehnen zu sollen.

Köllicker ist Anhänger des blutigen Verfahrens und schlägt hinsichtlich der offenbar geringen Widerstandsfähigkeit der Elfenbeinstifte vor, Stahlstifte zu verwenden.

Biesalski ist gleichfalls Anhänger der blutigen Arthrodese, macht im Uebrigen darauf aufmerksam, dass die Arthrodese des Fussgelenks den Nachteil hinterlasse, dass der Vorderfuss in solchem Falle schlaff herunterhängt und sehr störend wirkt.

Bade-Hannover hat unter mehr als 20 Fällen nur 2—3 mal Berstung der Stifte erlebt und dann nachgebolzt. Er glaubt, dass das Auskochen der Elfenbeinstifte kurz vor der Operation dieselben weniger widerstandsfähig macht, indem das kochende Wasser die Fasern auflockert. Er empfiehlt, die Desinfektion einen Tag vorher zu besorgen und die Stifte trocken aufzubewahren.

Joachimsthal glaubt nicht, dass das Auskochen der Stifte kurz vor der Operation diese in ihrer Widerstandsfähigkeit beeinträchtigt.

Peltesohn rekapituliert in seinem Schlusswort die bisherigen Erfahrungen mit der subkutanen Arthrodese und lehnt weitere Versuche wegen ihrer Unsicherheit ab.

5. **Bibergeil:** Doppelseitiger angeborener Schulterblatthochstand.

Vorstellung eines einschlägigen Falles, des neunten der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. Es handelt sich um ein jetzt 1 Jahr altes Kind weiblichen Geschlechts, welches im Alter von 4 Wochen in die Klinik gebracht wurde. Es besteht neben dem Hochstand beider Schulterblätter ein Defekt der obersten 4 Halswirbel. Als Ursache wird die Slomannsche Theorie angenommen, die eine Entwicklungshemmung im Bereiche des Schultergürtels voraussetzt.

Biesalski und **Cohn** berichten über ähnliche Beobachtungen in Bezug auf kongenitale Veränderungen der Halswirbelsäule.

Böhm lenkt die Aufmerksamkeit auf leichte Fälle von Schulterblatthochstand, die er als „idiopathische" bezeichnet wissen möchte.

Bibergeil hält das Vorkommen der von Böhm mit dem Ausdruck eines „idiopathischen" Schulterblatthochstand bezeichneten Deformität für wahrscheinlich, da in der Klinik ab und zu Kinder mit leicht erhöhter Schulter beobachtet werden, ohne dass die Wirbelsäule irgendwie nachweisbar deformiert sei.

Bibergeil-Berlin.

78) Allgemeiner Deutscher Turnlehrertag in Darmstadt 1910.

Das orthopädische Schulturnen.

Die Differenzen, welche über das orthopädische Schulturnen zwischen den beiden zunächst an der Frage interessierten Faktoren, Orthopäden und Turnlehrern, bestehen, haben auf dem 17. allgemeinen deutschen Turnlehrertag in



Darmstadt zu einer Aussprache und schliesslich zu einer befriedigenden Verständigung geführt. Das November-Heft der Monatsschrift für das Turnwesen bringt die auf der erwähnten Versammlung gehaltenen Vorträge von Oberturnlehrer Echternach „Das orthopädische Schulturnen" und Dr. Schulthess „Schule und Rückgratverkrümmungen", welche den jeweiligen Standpunkt deutlich erkennen lassen.

Echternach sucht an der Hand statistischen Materials den Nachweis zu führen, dass für die Haltungsfehler bei unserer Schuljugend in erster Linie die Schule selbst verantwortlich zu machen und dass sie deswegen zu Verhütungs- und Behandlungsmassnahmen verpflichtet sei. Er übt Kritik an den auf dem Orthopäden-Kongress formulierten ärztlichen Forderungen (Einweisung der verkrümmten Kinder in Krüppelheime oder orthopädische Heilanstalten; Einrichtung von Spezialklassen für körperlich schwache Kinder), deren Durchführung er als im Widerspruch mit den bestehenden Verhältnissen stehend für eine Unmöglichkeit erklärt. Als das derzeitig ideale und mit den vorhandenen Mitteln Erreichbare wird dann das Turnen in Sonderabteilungen, das „orthopädische Schulturnen", bezeichnet und dessen Organisation einer ausführlichen Besprechung unterzogen. Die Forderungen der Aerzte, dass das orthopädische Schulturnen unter fachmännischer ärztlicher Leitung stehen und dass eine Beschränkung der Behandlung auf Deformitäten leichteren Grades eintreten müsse, werden als durchaus berechtigt anerkannt. Zum Schluss legt E. im Namen der Turnlehrer entschieden Verwahrung ein gegen die den Turnlehrern auf dem Orthopädenkongress gemachten Vorwürfe, macht aber zugleich auch das Zugeständnis, dass die erfolgten Angriffe nicht grundlos waren.

Schulthess behandelt die Frage vom ärztlich-fachmännischen Standpunkt aus. Der Schule kommt bei der Entstehung der Deformitäten nur ein mitwirkendes, kein ursächliches Moment zu. Eine Schulskoliose gibt es nicht. Die Behandlung der Skoliosen ist Sache des Arztes, nicht der Schule. Diese Leitsätze finden eine ausgiebige wissenschaftliche Begründung unter Hinweis auf die Schwierigkeiten einer sachgemässen Behandlung der Rückgratverkrümmungen, die gründliche spezialistische Kenntnisse erfordere. Den Schwerpunkt des der Schule zufallenden Anteils an der Bekämpfung des Uebels sieht Sch. weniger in der Einführung der sogenannten orthopädischen Turnkurse, als vielmehr in vorbeugenden und die ärztlichen Bestrebungen unterstützenden Massnahmen: allgemeine Einführung der täglichen Körperübungsstunde, Befreiung der betr. Kinder vom Unterricht und Einweisung in orthopäd. Heilanstalten, Unterbringung in Krüppelheime, Schaffung von Spezialklassen für rückenschwache Kinder, die natürlich unter ständiger orthopädisch-ärztlicher Aufsicht stehen müssen. **Wimmenauer**-Mannheim.

79) **Leonhard** - Düsseldorf. „Das orthopädische Turnen und die Schule." (Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege Okt./Nov. 1910.) Der Schularzt als der berufene Sachverständige in allen schulhygienischen Fragen ist wohl in erster Linie berechtigt, sein Urteil in der fraglichen Angelegenheit abzugeben. Der Schularzt steht gewissermassen über den Parteien. Demnach hält sich Leonhard auch frei von den durch das einseitige Berufsinteresse gegebenen Uebertreibungen der Orthopäden und Turnlehrer. Er weist einerseits energisch die Missgriffe zurück, die von Seiten der Turnlehrer in den nicht unter ärztlicher Kontrolle stehenden Turnkursen begangen worden sind. Andererseits übt er aber auch Kritik an den



auf dem Orthopäden-Kongress erhobenen Forderungen, die er zwar teilweise als berechtigt anerkennt, aber auch als mit den tatsächlichen Verhältnissen doch allzusehr im Widerspruch stehend erklärt. Was nach seiner Ansicht zur Zeit im Kampf gegen das Uebel mit Hilfe der Schule erreicht werden kann, ist:

1. Erstellung von Schulärzten für alle Schulen und damit frühzeitige Aufdeckung der Schäden durch Untersuchung aller Schulrekruten und Auswahl der dem orthopädischen Turnen zuzuweisenden Schüler

2. Frühzeitiger Beginn der von orthopäd. vorgebildeten Turnlehrern geleiteten und natürlich unter ständiger spezialärztlicher Kontrolle stehenden Turnkurse.

3. Durchführung des orthopäd. Turnens durch die ganze Schulzeit hindurch. Dr. **Wimmenauer**-Mannheim.

80) **Heinrich Vogel.** „Orthopäd. Turnen als gemeinsames Arbeitsgebiet der Aerzte und Turnlehrer". (Monatsschrift f. d. Turnwesen November 1910.) Verf. sucht die Notwendigkeit der Mitwirkung des Turnlehrers an der Skoliosenbekämpfung zu begründen mit der Unzulänglichkeit der orthopädischen Einrichtungen gegenüber der Fülle des behandlungsbedürftigen Materials. Die orthopädischen Kliniken und Spezialanstalten genügen nicht zur Massenbekämpfung. Deswegen sind die Aerzte auf die Turnlehrer geradezu angewiesen. Sie sind als die „berufenen Fachmänner" die ausführenden Hilfsorgane der Aerzte. Für die Richtigkeit dieser Ausführungen werden Aeusserungen verschiedener Orthopäden (Klapp, v. Kryser, Schmidt) herangezogen, die in dem Turnlehrer den notwendigen Verbündeten des Arztes sehen. Zum Schluss bespricht Verf. dann noch die Unzulänglichkeit der heutigen Ausbildungsmöglichkeiten in der Orthopädie für den Turnlehrer und fordert staatliche Ausbildung in der orthopäd. Gymnastik in Spezialkursen im Anschluss an die staatlichen Lehramtsturnkurse, wovon er sich eine befruchtende Wirkung auf das gesamte Turnwesen verspricht. **Wimmenauer**-Mannheim.

81) **Codivilla** (Bologna). Sul trattamento della tubercolosi ossea ed articolare. (Ref. zur XXIII. Versammlung der italienischen Chirurgengesellschaft. Rom 1910.)

Nach Hinweis darauf, wie grosse Unsicherheit und Dunkelheit noch auf diesem Gebiet der Chirurgie herrscht, sucht Verf. jene Fragen zu beleuchten, über die man noch weit davon entfernt ist, einig zu sein. Die Einigung der Autoren ist erreicht inbezug auf die Notwendigkeit, die hygienischen Verhältnisse der Patienten zu verbessern. Hiervon ausgehend erblickt er die Notwendigkeit, dass gleich den besonderen Heil- und Isolierungsanstalten für die Brustkranken die an chirurgischer Tuberkulose Leidenden derselben Beachtung wert sind und dass reine Luft in möglichst ausgedehntem Massstabe bei Tag und bei Nacht, im Sommer wie im Winter für sie unerlässlich ist.

Die Seesanatorien wie die Höhenkuren geben gute Resultate, so dass sie vielleicht sich gleich kommen und es vielleicht vorteilhaft ist, in gewissen Fällen, den Aufenthalt am Meer mit dem im Gebirge abzuwechseln.

Die speziellen Kuranstalten könnten mit besonderen Einrichtungen in den Sanatorien und Spitälern für Tuberkulöse entstehen. So würden sie auch Nutzen aus



der wohltätigen Wirkung der Sonnenstrahlen und spez. aus der belebenden Wirkung des Wassers ziehen. Unbestreitbar ist der Nutzen, welchen die Seebäder den Pat. von gutem Allgemeinzustande bringen, bei denen die lokalen Verhältnisse es erlauben. Ernährung und Bewegung sind ebenfalls Bedingungen, welche zur Besserung des Allgemeinzustandes beitragen.

In Anbetracht sodann der Immunität der Kinder mit einer Knochen- oder Gelenklokalisation gegen die schweren Formen der Lungentuberkulose hält er es für rationell, die Methoden der künstlichen Immunisierung zur Anwendung zu bringen, wobei er der aktiven Immunisierung mit Verwendung des Tuberkulins den Vorzug gibt.

Lokale Behandlung. Er ist kein Gegner der sogenannten frühzeitigen Radikaloperation, welche er indiziert findet:

a) wenn der Krankheitsprozess durch einen Eingriff bewältigt werden kann, welcher keine Folgen oder solche von geringer Bedeutung hinterlässt;

b) wenn eine Krankheitsform von schwerem Aussehen durch einen operativen Eingriff in ihrem weiteren Verlauf gemildert werden kann;

c) wenn für jene gegebene Region, welche die Krankheit befallen hat, die Erfahrung gezeigt hat, dass die konservative Behandlung im Allgemeinen zu gleichwertigen funktionellen Resultaten führt wie die operative Behandlung oder aber dahinter zurückbleiben.

Von Wichtigkeit wird demnach unter diesem Gesichtspunkt die Frühdiagnose und hierfür hat die Radiographie eine grosse Bedeutung erlangt.

Konservative Behandlung. Die Immobilisierung der affizierten Region verdient den ersten Platz, die Entlastung des kranken Teiles, die Kompression, die Stauungshyperämie nach Bier, die lokale Wirkung des Jod und Zinkchlorid sind weitere Faktoren der lokalen Behandlung.

Unbedingt widerrät er, weil schädlich, die aktive Hyperämie.

Die Radiotherapie scheint gute Resultate gegeben zu haben, besonders wenn die Knochenläsion Folge des Umsichgreifens eines lupösen Prozesses ist.

Inbezug auf die Kontrakturen sind alle darin einig, dass der Kontraktur vorgebeugt werden muss.

Die bestehende Kontraktur ist mit sanften Mitteln zu überwinden, das brüske Redressement ist zu verwerfen. In den Fällen, in denen das gewünschte Resultat nicht erreicht werden kann, kann die Korrektion bis nach Erlöschen des tuberkulösen Prozesses verschoben und dann zu den paraartikulären Osteotomien gegriffen werden.

Nicht sehr begeistert ist er von der intraartikulären medikamentösen Behandlung und glaubt nicht an die Begeisterung der letzten Zeit für diese Behandlung. Wenn zuweilen die Aspirationen und Injektionen von Jodoform und Glycerin bei den Eiterungen zur Heilung genügen, so führen sie andere Male zur Fistelbildung. In diesem Fall ist eine Operation indiziert.

Buccheri-Palermo.

82) **Fioravanti e Casagli** (Florenz). Ricerche sperimentali su di un processo di plastica tendinea mediante lembi aponevrotici. (Accademia medico-fisica Fiorentina, 25 maggio 1910.)

Das eingepflanzte Aponeurosestück erhält sich zum grossen Teil lebensfähig und dient nicht nur als Leitung für das Reparationsgewebe, sondern trägt



auch zu dieser Reparation dadurch bei, dass es späterhin der neuen Sehne auch eine neue Scheide sichert.

Buccheri-Palermo.

83) **Codivilla** (Bologna). Protesi cinematica in un caso di disarticolazione del piede. (Società medico-chirurgica di Bologna. 31. gennaio 1910.)

Bei dem vom Redn. im verflossenen Jahre mit Exartikulation des Fusses operierten Individuum wurde der Stumpf nach der Idee von Vanghetti kinematisiert. Sein Augenmerk richtete er darauf, an dem künstlichen Fuss plantare und dorsale Flexionsbewegungen zu ermöglichen. Er erreichte die Absicht, die Weichteilkappe willkürlich beweglich zu machen, welche das untere Ende der Unterschenkelknochen bedeckt, an denen die Knorpelbekleidung belassen worden war. Hinten endigt die Achillessehne in einer mit der Calcaneusportion gebildeten Keule. Diese ist stabil zu einem Ganzen mit der oben erwähnten Kappe vereinigt, welche vorn stabile Beziehungen mit einer durch die vorderen Sehnen gebildeten Keulenschlinge hat. Während der postoperativen Periode wurden die Muskeln durch äussere elastische Schlingen in der gewollten Spannung gehalten: sie haben grosse Kraft und nahezu normale trophische Verhältnisse bewahrt.

Der künstliche Fuss ist an der Kappe des Stumpfes und an den plastischen Motoren mit Hülfe einer geeigneten Celluloidschiene und einem vorderen und einem hinteren Riemen befestigt. Der Operierte ist imstande, eine bedeutende Kraft mit dem hinteren Motor zu entwickeln, so dass er sich auf zwei Füssen stehend auf die Fussspitze stellen kann. Wie normalerweise wickelt er den künstlichen Fuss bei den Bewegungen in der sagittalen Ebene während der verschiedenen Phasen des Schrittes ab: Die Exkursion der Fussbewegung ist die normale sowohl bei der plantaren wie bei der dorsalen Flexion. Dieser Fall, der erste, in dem eine Kinematisierung der Unterextremität vorgenommen worden ist, zeigt, wie die Methode vorteilhaft auch bei der Unterextremität zur Anwendung kommen kann.

Buccheri-Palermo.



23) **Guleke,** Technik der Foersterschen Operation. — 24) **Heermann,** Extension bei Nervenleiden. — 25) Spinale Kinderlähmung in Massachusetts 1909. — 26) **Stiefler,** Spinale Kinderlähmung in Oberösterreich 1909. — 27) **Flexner,** Experimentelle Uebertragung der Poliomyelitis auf Affen. — 28) **Wette,** Chirurgisch-orthopädische Behandlung der Poliomyelitis. — 29) **Klose u. Vogt,** Klinik und Biologie der Thymusdrüse. — 30) **Lobenhoffer,** Freie Osteoplastik. — 31) **Poketilo,** Schicksal lebender, im Weichteile transplantierter Knochen. — 32) **Springer,** Traumatische Entstehung von Exostosen. — 33) **Mollow,** Multiple Knochenexostosen. — 34) **Saurborn,** Fibröse Atrophie der Knochen. — 35, 36) **O. v. Frisch, Wilms,** Behandlung frischer Diaphysenbrüche. — 37) **Bergel,** Callusbildung durch Fibrin. — 38) **Otto,** Bedeutung der Nagelextension für die Kriegschirurgie. — 39) **d' Anna,** Vorhandensein beweglicher Gelenkkörper nach Trauma. — 40) **Wysocki,** Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita. — 41) **Röpke,** Gelenktuberkulose unter dem Bilde des Gelenkrheumatismus. — 42) **Ghilarducci,** Wirkung der Röntgenstrahlen auf tuberkulöse Adenitiden und Gelenkleiden. — 43) **Brüning,** Trypsin bei tuberkulösen Erkrankungen. — 44) **Beck,** Wismutpaste bei chronischen Eiterungen. — 45) **Payr,** Operative Mobilisierung ankylosierter Gelenke. — 46) **Schloesmann,** Entstehung des angeborenen muskulären Schiefhalses. — 47) **Bloch,** Wirbelsäulenverletzung mit seltenen Cauda equina Symptomen. — 48) **Wehrsig,** Chronische Wirbelsäulenversteifung. — 49) **Petréss,** Syphilis der Wirbelsäule und der Basis cranii. — 50) **Hoffmann,** Entstehung und Behandlung der Skoliose. — 51) **Adams,** Bedeutung des Gelenkfortsatzes der Wirbelsäule für die Entstehung kongenitaler Skoliose. — 52) **v. Dorp-Beucker Andreae,** Calotsches Korsett bei Spondylitis. — 53) **Rothschild,** Funktionelle Heilung der Cucullarislähmung mittels freier Fascienplastik. — 54) **Most,** Rippenbruch mit Intercostalneuralgie. — 55) **Versé,** Kongenitale Trichterbrust. — 56) **Lexer,** Nachuntersuchungen von traumatischen Schultergelenksluxationen. — 57) **Osann,** Isolierte Lähmung des Nervus musculo-cutaneus. — 58) **Haenisch,** Isolierte Fraktur des Capitulum humeri. — 59) **Vulliet,** Epicondylitis humeri. — 60) **Drago,** Blutiger Eingriff bei Verschiebung der Fragmente als Ursache eines Funktionshindernisses des Gelenks. — 61) **Nürnberg,** Schnittführung bei Resektion des Ellbogengelenks. — 62) **Dietz,** Radio-ulnare Synostose, seltene angeborene Missbildung der Ellbogengegend. — 63) **Umbreit,** Traumatische Epiphysenlösung beider Vorderarmknochen. — 64) **Binet, Trenel u. Worms,** Osteomyelitis des unteren Endes der Vorderarmknochen. — 65) **Gabaglio,** Fraktur des Kahnbeines. — 66) **Grashey,** Verletzungen des 1. Metacarpophalangealgelenks; Bennetsche Fraktur. — 67) **Quorato,** Thiosinamin und Fibrolysin bei der Dupuytrenschen Krankheit. — 68) **Strempel,** Irreponible Luxation des Zeigefingers im Metacarpo-Phalangealgelenk. — 69) **Hirsch,** Subkutane Zerreissung der Strecksehne an der Nagelphalanx der Finger. — 70) **Franck,** Angeborene ungleichmässige Entwicklung der Beinmuskulatur. — 71) **Jianu,** Wiedereinpflanzung des Schenkels beim Hunde. — 72) **Legros,** Bruch des Acetabulum mit Eindringen des Femurkopfs ins Becken. — 73) **Strauss,** Exartikulation des Hüftgelenks. — 74) **Braus,** Experimentell-embryologischer Beitrag zur Entstehungsgeschichte der angeborenen Luxation. — 75) **Springer,** Unblutige Operation der angeborenen Hüftverrenkung. — 76) **Reiner,** Präliminäre Detorquierung.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 77) **Orthopädische Gesellschaft in Berlin.** Sitzung vom 5. Dez. 1910. — 78) **Allgemeiner Deutscher Turnlehrertag in Darmstadt 1910:** Das orthopädische Schulturnen. — 79) **Leonhard,** Das orthopädische Turnen und die Schule. — 80) **Vogel,** Orthopädisches Turnen als gemeinsames Arbeitsgebiet der Aerzte und Turnlehrer. — 81) **Codivilla,** Knochen- und Gelenktuberkulose. — 82) **Fioravanti** und **Casagli,** Experimentelle Untersuchungen über eingepflanzte Aponeurosestücke. — 83) **Codivilla,** Kinematisierung des Fusses.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. **März 1911.** **Heft 3.**

(Akademie für praktische Medizin Köln — orthop. chir. Abteilung.)

Beitrag zur blutigen Mobilisierung versteifter Gelenke.

Von
Prof. Dr. CRAMER,
dirig. Arzt.

Der hier näher beschriebene Fall dürfte von allgemeinem Interesse sein. Er ist mir von berufener Seite zur Resektion überwiesen worden und kann als Beweis dafür gelten, dass man besonders bei Kindern mit der Herausnahme und Zerstörung eines wichtigen Gelenkes vorsichtig sein soll, dass ferner Gelenkbrüche nicht selten operativ anzugreifen sind und dass schliesslich gebrochenen Knochen im Kindesalter eine grosse Rehabilitationskraft inne wohnt. Alles übrige geht aus der Krankengeschichte hervor.

B. H. 6 Jahre, Schüler. In stationärer Behandlung vom 11. 6.—10. 9. 1909.

Vor 4 Wochen geriet er mit dem linken Bein in ein rollendes Wagenrad und erlitt hierdurch eine Verletzung des Kniegelenkes sowie eine kleine Wunde an der rechten Schläfe. Das Kniegelenk wurde behandelt mit kalten Umschlägen und Jodpinselung.

Bei seiner Aufnahme war der Befund folgender: Das linke Bein ist um $1\,^1/_2$ cm. verkürzt. Der Unterschenkel befindet sich in Varus- und leichter Beugestellung. Die Tibia springt nach vorn vor. In der Kniekehle ist ein abnormer Knochenvorsprung zu fühlen (centrales Oberschenkelfragment). Die Aussenseite der Knie-



gelenksgegend ist schmerzhaft auf Druck, die Gelenkkonturen undeutlich, die Gelenkgegend selbst stark verdickt.

Operation in Mischnarkose am 22. 6. 09. Schnitt seitlich am Oberschenkel über dem Condylus externus bis zur Mitte des Oberschenkels zwischen mittlerem und seitlichem Quadricepskopf bis auf den Knochen. Die Bruchstücke werden subperiostal freigelegt, das periphere mit dem Meissel abgelöst. Keine Eröffnung des Gelenkes. Von dem zentralen Bruchstück wird eine 3 cm. lange Spitze reseziert. Es zeigt sich, dass das periphere Bruchstück besteht fast aus der ganzen Epiphyse und einem Stück der Diaphyse. Bei starker Extension am Fusse resp. Unterschenkel können beide Bruchstücke bequem adaptiert werden. Naht des Periostes. Fasciennaht mit Catgut, Hautnaht mit Seide. Gipsverband um das ganze Bein mit Einschluss von Becken und Fuss.

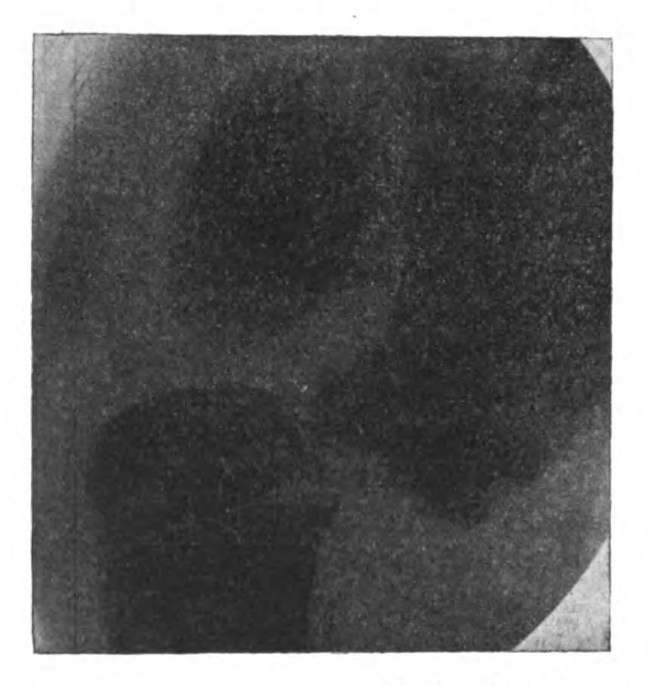




Fig. 1. 5 Wochen nach dem Trauma.

Wundheilung glatt. Nach 6 Wochen: Fortlassen des Verbandes; die Fragmente befinden sich in guter Stellung; Streckung des Unterschenkels aktiv noch nicht vollkommen möglich. Bein 0,5—1 cm. verkürzt.

Massage, Gymnastik. Geht anfangs an Krücken, ohne das Bein zu belasten.

Entlassungsbefund: Deutliche Muskelatrophie am verletzt gewesenen Oberschenkel. Unterschenkelbeugung leicht behemmt. Kniegelenk fest, schmerzfrei.



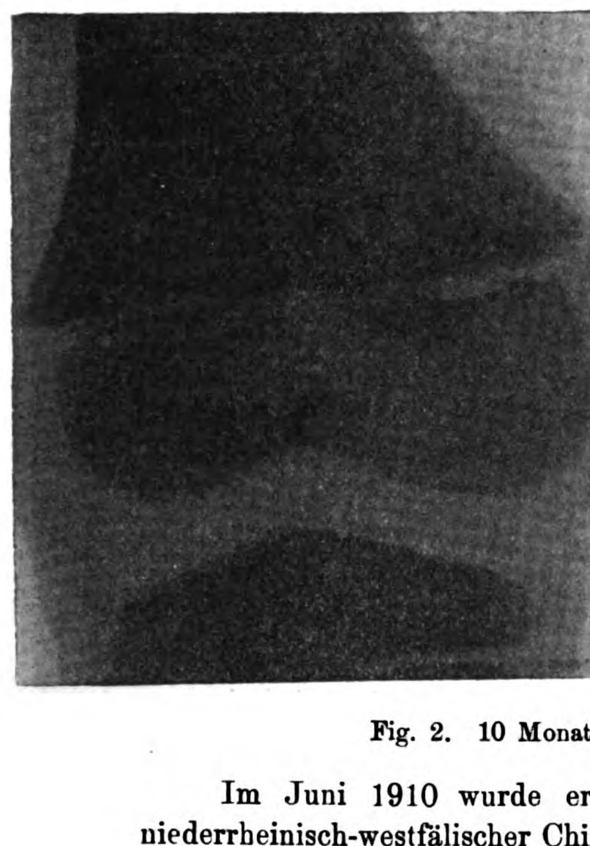



Fig. 2. 10 Monate nach der Operation.

Im Juni 1910 wurde er vorgestellt auf einer Versammlung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen mit 1 cm Verkürzung, voller Funktion, ohne Muskelatrophie und mit dem Vermögen mit dem operierten Bein voran ohne Beschwerden einen Stuhl zu besteigen.

---

1) **Gerhartz.** Untersuchungen über den aufrechten Gang. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 43.)

G. hat einen Foxterrier dazu angehalten, täglich bis zu 7 Stunden in aufrechter Stellung zu verharren, ihn nach 28wöchiger Uebung getötet und mit einem normal sich verhaltenden Tier gleichen Wurfs und Geschlechtes verglichen. Die ursprünglichen anatomischen Verhältnisse wurden vorher mit Röntgenstrahlen festgestellt. Infolge des weit vor die Unterstützungsfläche fallenden Schwerpunktes suchte der Hund sich durch Rückbiegung der Wirbelsäule gerade zu halten; dadurch entstanden Veränderungen an den Lendenwirbelkörpern, die niedriger wurden. Am Thorax trat eine Hebung des ventralen Abschnittes der oberen Rippen ein und dadurch eine Vergrösserung des Sagittal-Durchmessers der oberen Apertur. Das Becken bekam den Typus des kyphotisch querverengten Beckens, war um seine horizontale Achse in der Pfanne rotiert. Am auffallendsten waren die Veränderungen an den unteren Extremitäten:



Femur lateral konvex und oben auch ventral konvex verbogen, der mediale Condylus besser ausgebildet, die Tibia wie Femur verbogen. Die linke Lunge tiefer getreten, das hypertrophierte Herz nach links, ventral und unten verlagert, Zwerchfell tiefer getreten, ebenso Leber, Magen und Nieren gesenkt. Die Rückenstrecker, Glutaeus maximus, Knie- und Fuss-Strecker waren hypertrophiert, die Strecker des Beines stärker entwickelt als die Beuger (bei einem gewöhnlichen Hund sind beide Muskelgruppen gleich stark). Die charakteristische Ausbildung der Muskulatur des Menschen ist also als eine Anpassung an den aufrechten Gang aufzufassen. Der typische Bau von Thorax, Becken und Extremitäten-Knochen lässt sich aber durch die aufrechte Stellung nicht erklären.

Hohmann-München.

2) **Sumita** (Göttingen). Beiträge zur Lehre von der Chondrodystrophia foetalis (Kaufmann) und Osteogenesis imperfecta (Vrolik), mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen und klinischen Differentialdiagnose. (Mit 24 Abb. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910. Bd. 107, S. 1 ff.)

In einer ausführlichen, interessant geschriebenen Arbeit bringt Verf. eine ganze Reihe bisher weniger berücksichtigter oder bekannter Tatsachen zu obigem Thema. Mit dem Begriff der fötalen Rachitis will er vollkommen aufräumen. Die fötalen Skeletterkrankungen (Ch. u. Osteog. imp.) mit den sicher thyreogenen Erkrankungen und mit Kretinismus zu identifizieren hält er für unstatthaft. Im Weiteren zieht er Vergleiche zwischen Ch. und Phokomelie u. Ch. u. syphilitischer Osteochondritis. Dann geht er auf den scharfen Unterschied zwischen Ch. u. Osteogen. imp. ein. Bei ersterer handelt es sich um gestörte enchondrale Ossifikationsvorgänge, bei normaler periostaler und endostaler Knochenbildung, bei letzterer um die Funktionsunfähigkeit der Periost- und Osteoblastenzellen bei normalen enchondralen Vorbereitungsvorgängen. Die Ch. ist als „Vitium primae formationis" anzusehen, die Aetiologie der Ost. imp. ist dunkel. Der Hauptkrankheitsprozess der Ch. verläuft wahrscheinlich im fötalen Leben. „Achondroplasie" und Ch. sind nur verschiedene Stadien der gleichen Krankheit; Osteog. imp. und Osteopsathyrosis scheinen sich anatomisch und klinisch zu decken. Das klinisch wichtigste Symptom derselben ist die Knochenbrüchigkeit. Zuletzt kommt noch eine Verteidigung der Namen: Chondrodystrophia foetalis und Osteogenesis imperfecta. 24 durchweg recht



instruktive Abbildungen und Röntgenbilder illustrieren die Arbeit. Das reichhaltige Literaturverzeichnis weist 254 Nummern auf.

Natzler-Heidelberg.

3) **Perthes** (Leipzig). Ueber Arthritis deformans juvenilis. (16 Abb. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910. Bd. 107. S. 111ff.)

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Die juvenile Arthritis deform. des Hüftgelenks ist keineswegs selten. Die Aetiologie ist nicht geklärt. Trauma und „statisches Missverhältnis“ (Preiser) kommen in der Mehrzahl der Fälle nicht in Frage. Unter den pathologischen Veränderungen ist oft charakteristisch eine kegelförmige Abflachung des Femur-Kopfes. Ernährungsstörungen im Inneren der Epiphyse sind — nach Röntgenuntersuchung — bestimmt dabei beteiligt. Die Bewegungshemmungen sind direkt mechanische Folgen der Gelenkdeformation. Schmerzen kommen spontan häufig vor, aber nicht bei Bewegungen. Krepitation ist nur in wenig Fällen nachweisbar. Der hinkende Gang ist wie bei Lux. cox. cong. und Coxa vara eine Folge der Insufficienz der Adduktoren. Bei der Behandlung sind immobilisierende Verbände zu vermeiden, dagegen systematische passive Bewegungen und Massage der Adduktoren empfehlenswert. In vorgeschrittenen Fällen kommt die „operative Modellierung“ des Femurkopfes oder die Resektion in Betracht.

Im ersten Anhang die 6 von P. beobachteten Fälle, teilweise mit Röntgenbildern, im zweiten die bisher beobachteten Fälle. Literatur (36 Nummern). **Natzler**-Heidelberg.

4) **Garrè.** Zur Aetiologie des rezidivierenden Gelenkhydrops der Gelenkneuralgie. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 47.)

Die sklerosierende Form der Osteomyelitis kommt bisweilen auch in den Epiphysen vor, das Balkenwerk der Spongiosa verdickt sich und der Knochen ist mit kleinen Granulationsherden ohne Eiterbildung durchsetzt. Von diesen Herden aus können auch Gelenkstörungen kommen, so der rezidivierende Gelenkhydrops. G. hat die besten Resultate mit der Entlastung dieser Gelenke durch Schienenhülsenapparate für Jahre erzielt. In einem Fall zeigte das Röntgenbild einen haselnussgrossen osteomyelitischen Herd in der Tuberositas tibiae, der operativ entfernt werden konnte, wonach das Leiden ausheilte. **Hohmann**-München.



5) **Frangenheim** (Königsberg). Dauererfolge der Osteoplastik im Tierversuch. (Mit 6 Fig. Arch. f. klin. Chir. 1910. Bd. 93. S. 191 ff.)

F. hat an Kaninchen und Hunden eine Reihe von Versuchen angestellt mit dem Zweck „das spätere Schicksal frei transplantierter Knochenstücke bei Auto- und Homoplastiken zu ergründen. Als Verpflanzungsmaterial dienten lebender periostgedeckter und periostloser, sowie macerierter Knochen. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Das beste Verpflanzungsmaterial ist lebender periostbedeckter Knochen, weil die Ossifikationsfähigkeit des Periosts fast regelmässig erhalten bleibt. Da auch dem Knochenmark die Fähigkeit der Knochenneubildung erhalten bleibt, ist auch dessen Schonung anzuempfehlen.

Bei der Verpflanzung periostlosen Knochens erfolgt die Regeneration vom Mutterboden aus. Von diesem, d. h. vom Mutterboden, in den verpflanzt wird, aus gehen auch der Knochenersatz, die Resorption und Substitution des transplantierten Knochens. Am langsamsten resorbiert und substituiert wird macerierter Knochen, doch kann er benutzt werden, wenn er mit den Enden des Mutterbodens in inniger Berührung steht. Seine Verwendung wird auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben. **Natzler**-Heidelberg.

6) **Sohler.** Ueber Trypsinbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 46.)

Sohler hat an einer Anzahl von Fällen von Gelenktuberkulose und anderer örtlicher Tuberkulose das Trypsin angewendet. Seine Erfahrungen sind nicht die günstigen anderer Autoren. Die Injektionen waren meist sehr schmerzhaft, erzeugten in zwei Fällen wegen der geringen Haltbarkeit und Unreinheit der Präparate Infektionen, infolge derer es auch zu toxischen Erscheinungen kam, sie führten zu Einschmelzungen der Gewebe nicht nur im kranken Gebiet, sondern auch in der Umgebung, sodass grössere Abscesse entstanden. S. steht der Fermentbehandlung nicht grundsätzlich gegnerisch gegenüber, ist aber der Meinung, dass auch noch andere Bestandteile der Leukozyten und des Blutes sich an dem Kampf gegen die Tuberkelbazillen beteiligen. **Hohmann**-München.

7) **V. Mutach** (Genf). Experimentelle Beiträge über das Verhalten quergestreifter Muskulatur nach myoplastischen Operationen. (Mit 1 Tafel. Arch. f. klin. Chir. Bd. 93. 1910. S. 42. ff.)

Dieses Thema, über das noch recht wenig Klarheit herrscht und über das eine Einigung noch nicht erzielt ist, hat M. zum



Gegenstand einer ausführlichen Abhandlung gemacht, in der er über seine Versuche mit Muskeloperationen berichtet. Die praktischen Ergebnisse aus den Versuchen sind kurz folgende: Im Allgemeinen kommen Muskeln nach Totaldurchtrennung bei prima intentio mit Narbenbildung zur Heilung. Bei totaler Längsdurchtrennung kann die Narbe partieenweise fehlen (idealste Heilung). Auch bei Querdurchtrennung kann sie fast rein muskulär sein; meistens ist sie muskulär fibrös, häufig rein fibrös. Oft sind Fettzellen eingeschlossen. Die funktionellen Resultate waren grösstenteils befriedigend, teilweise sehr gut. Nach totaler Querläsion ist fast stets mikroskopisch einfache Atrophie nachweisbar. Tritt degenerative Atrophie auf, so leidet die Funktion meist. Gleichzeitige doppelte Durchtrennung ist wie ein freier Lappen zu betrachten und hat Nekrose des ausgeschnittenen Lappens im Gefolge.

Was uns am meisten interessieren würde, eine Anwendung der myoplastischen Versuche M's. bei Kinderlähmung, so teilt er darüber nur kurz mit, dass er dabei ein völlig negatives Resultat hatte.

Natzler-Heidelberg.

8) **Salzberger.** Ueber das symptomatische Vorkommen myotonischer Störung bei entzündlichen Muskelprozessen. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 49.)

S. beschreibt einen Fall, in dem sich mit einem typischen chronischen Muskelrheumatismus (Schmerzen in der Muskulatur von der Witterung abhängig, Schmerzempfindlichkeit der Haut über den erkrankten Muskeln gegen den faradischen Strom) deutlich myotomische Symptome verbanden. Vor allem bestand eine ausserordentliche Steifigkeit in einzelnen Gelenken, die durch die Spannung der Muskeln erzeugt war, während die Gelenke selbst nicht erkrankt waren. Die Muskeln sprangen in Wülsten vor, beim Beklopfen traten kleine quere Wülste auf, die kurze Zeit stehen blieben. Durch Salizyl und warme Umschläge trat Heilung ein. Kurz darauf erkrankte Patient an einer fieberhaften trockenen Pericarditis, die unter Eisblase und Salizyl zurückging. Sehr häufig werden im Anschluss an chronischen Muskelrheumatismus Pleuritis und Endocarditis beobachtet.

Hohmann-München.

9) **Becker** (Hamburg). Ueber Knochenkarzinose im Röntgenbild. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. Bd. XV. S. 185 ff. 2 Taf.)

Karzinommetastasen des Skeletts wurden früher selten diagnostiziert; durch das Röntgenverfahren wird die Diagnose erleichtert,



oft erst ermöglicht. Die Primärtumoren, welche eine sekundäre, diffuse Knochenkarzinose im Gefolge haben, rangieren der Reihe nach: Mamma und Prostata, Schilddrüse, Magen, seltener Uterus und Gallenblase. B. bringt die ausführliche Beschreibung zweier von ihm im Eppendorfer Krankenhaus beobachteter Fälle. 8 sehr schöne Röntgenaufnahmen illustrieren die Arbeit.

Natzler-Heidelberg.

10) **Wierzejewski.** Eine verstellbare Beckenstütze. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 45.)

W. hat eine Beckenstütze konstruiert, die aus 2 Teilen besteht, der eigentlichen Stütze, auf der das Gesäss ruht, und dem Tuberfixator, an den sich bei der Extension die Tubera anstemmen. Letzterer besteht aus 2 runden, nach der Grösse durch ein Schneckengewinde verstellbaren Säulen. **Hohmann**-München.

11) **Wildt** (Andernach). Unterbrechung der Längsextension durch Einschaltung von Gummizügen. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910 Bd. 107. S. 187. ff.)

Um bei Frakturen den Einfluss der Streckung auf das untere Fragment zu verstärken, schaltet W. in die Längsstreifen Gummizüge in der Weise ein, dass die Mitte des Gummizuges in der Höhe der Fraktur liegt. Genaue Angabe der Technik, speziell der Massnahmen, um Ueberdehnungen, wie sie bei völlig zerrissenem Periost vorkommen könnten, zu vermeiden. Acht auf diese Weise behandelte Fälle. **Natzler**-Heidelberg.

12) **Derry** (Nubia). Dislocation of the neck during sleep. (Brit. med. Journ. 23. Juli 1910.)

Luxation der Halswirbelsäule bei einem 8jährigen Knaben, die im Schlaf entstanden war, Reposition in Narkose durch Extension.

Mosenthal-Berlin.

13) **Schnee** (Berlin). Ueber eine neue Massagemethode. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1910. H. 8, S. 470. ff. 5 Abb.)

Vortrag des Verfassers über seine neue „Elasto"-Massagemethode auf dem 82. Kongress deutscher Aerzte und Naturforscher. Die Elasto-Massage soll die manuelle Massage völlig ersetzen, soll sie übertreffen durch durchdringendere und gleichmässigere Wirkung, sowie durch verminderten Kraftaufwand. Weitere Vorzüge sind nach Sch. die absolut hygienische Anwendung, die ideale Thermo- bezw. Wechselmassage, sowie Elektromassage, zu der die Elasto-Apparate ebenfalls verwendet werden können.

Natzler-Heidelberg.

14) **Plate u. Quiring** (Hamburg). Ueber das Vorkommen von Spondylitis deformans im Tierreich. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. Bd. XV. S. 214. ff. 3. Taf.)

Die chronische Wirbelsäulenversteifung (Typ Bechterew, Typ Strümpell-Pierre Marie) lässt sich anatomisch in 2 Gruppen einteilen: 1. die Spondylit. def. 2. die ankylosierende Arthritis der Wirbelsäule. Nach Simmonds sind die Hauptzeichen der ersteren: „Degeneration der Bandscheiben, Exostosen und Synostosen der Wirbelkörper an ihren Vorder- und Seitenflächen, Exostosen und Synostosen der kleinen Wirbelgelenke, Osteoporose der Wirbelkörper mit nachfolgender Kyphosenbildung. Regelmässig anzutreffen sind aber nur die Exostosen der Körper." Bei der ankylosierenden Arthritis bleibt die Form der Wirbelkörper unverändert, Zacken- und Spangenbildung ist nicht selten. Das Wesentlichste ist eine völlig feste knöcherne Ankylose der kleinen Gelenke. Die Krankheit ergreift im Gegensatz zur Spondyl. def. fast stets die ganze Wirbelsäule. Pl. u. Q. sind nun gerade der Pathogenese der Spond. def. besonders nachgegangen und haben eine Anzahl von Tierskeletten mit Spondyl. def. untersucht, um ev. bei den wesentlich anderen Belastungsverhältnissen als beim Menschen Anhaltspunkte für die Bedeutung der Belastung bei der Entstehung des Leidens zu finden. Die Veränderungen an den Tierskeletten zeigten eine völlige Uebereinstimmung mit der menschlichen Spondyl. def. bis auf die fehlende Erkrankung der kleinen Gelenke der Wirbelsäule. Das Wesentliche ist, dass sich die Erkrankung nur bei solchen Tieren fand, bei denen die Wirbelsäule oder einzelne Teile derselben dauernd kleinen Erschütterungen ausgesetzt war (insbes. Känguruh, Hyäne!) Die menschliche Wirbelsäule ist nun ebenfalls andauernden kleinen Traumen in der Längsrichtung ausgesetzt. Die Bechterew'sche Theorie, die in solchen Traumen ein ätiologisches Moment für die Entstehung der Spondyl. def. sieht, könnte durch die Beobachtungen von Pl. u. Q. wohl eine Stütze erfahren.

Natzler-Heidelberg.

15) **Poncet et Leriche**. Tuberculose inflammatoire et scoliose. (Gaz. des hôp. Oct. 1910.)

Die Verfasser sind der Meinung, dass die ungleiche Verteilung der statischen Kräfte bei einseitiger Balastung der Wirbelsäule durch gewohnheitsgemässe schlechte Haltung nicht zur Erklärung der bei Skoliose gefundenen komplizierten anatomischen Veränderungen der Wirbelsäule genüge, sondern dass man noch eine



abnorme Biegsamkeit (Malleabilität) der Knochen annehmen müsse. Die Skoliose ist nicht als Schulkrankheit auzusehen nnd nicht durch fehlerhafte Haltung beim Schreiben bedingt, aus dem Grunde, weil diese Haltung nur ganz vorübergehend auf kurze Zeit innegehalten wird.

Der vorherrschende Einfluss der statischen Kräfte bei der Entstehung der Skoliose wird geleugnet und die Knochenbiegsamkeit, ein osteopathischer Prozess, als Ursache der Skoliose hingestellt. Letztere wird als die Folgeerscheinung einer gemilderten Infektion angesehen. Die Verfasser führen folgende Argumente dafür an: 1. Die Wucherungs- und Verschmelzungsprozesse an den Wirbeln, die man an vielen Präparaten fiudet. 2. Das Auftreten von Skoliose im Gefolge von Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Angina, die eben durch Erweichung der Knochen die Verkrümmung begünstigten. Die Skoliose stellt hier nur ein Symptom und nicht die eigentliche Krankheit dar.

Zu den erwähnten Infektionen zählt nun besonders die Tuberkulose, und zwar die von Poncet sogenannte entzündliche Tuberkulose. So fand Cotte unter 89 Skoliosen 54mal Spitzenaffektionen und Monod in 20%. Der Kinderarzt Huttinel stellte durch eiue Reihe von Beobachtungen fest, dass Kinder in elendem Allgemeinzustand sowohl eine Disposition zur Tuberkulose wie zur Skoliose hätten.

Die Verfasser stellen, durch die Statistik in ihrer Auffassung bestärkt, den Satz auf, dass die Skoliose als Symptom einer gemilderten Infektion durch eine Osteomalazie der Wirbel hervorgerufen wird, für die oft eiue entzündliche Tuberkulose verantwortlich zu machen ist.

Zander-Heidelberg.

16) **Kausch** (Schöneberg). Die Resektion der Lendenwirbelkörper. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910. Bd. 106, S. 346 ff. 4 Abbildungen.)

Bei einem Pat. mit fast völliger Lähmung beider Beine hat K. den 3. Lendenwirbel vollkommen reseziert. Vor der Operation war die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Wirbelkörpertumor gestellt worden. Während der Operation wurde mikroskopisch metastatisches Carcinom festgestellt. Pat. kam am Tage nach der Operation zum Exitus. Genaue Beschreibung der Operationstechnik. Im Anschluss daran Besprechung der Literatur über die operative Inangriffnahme der Wirbelkörper, Erörterung der verschiedenen technischen Möglichkeiten zur Entfernung von Wirbelkörpern. Er kommt zu folgendem Schluss: Für die Lendenwirbel und den oberen Kreuz-



beinteil ist der transperitoneale Weg einzuschlagen. Für alle anderen Wirbel der paravertebrale. An der Brustwirbelsäule wird die Costo-Transversektomie ausgeführt. Der hintere Weg hat nur bei Contraindikation der anderen Wege seine Berechtigung. Die Schlussbemerkung: Spondylitis tuberculosa ist konservativ zu behandeln. Versagt diese Behandlung, dann operative Behandlung der Wirbelkörper.

Natzler-Heidelberg.

17) **Haenisch** (Hamburg). Ueber die Periarthritis humeroscapularis mit Kalkeinlagerung im Röntgenbilde. (Bursitis subdeltoidea u. subacromialis; Duplay'sche Krankheit.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. XV. 5, S. 293 ff. 15 Röntgenbilder.)

Bei röntgenologischen Schulteruntersuchungen findet man an der Aussenseite des Humeruskopfes öfters einen verschieden grossen, unregelmässigen Schatten, der früher wohl öfters als „Absprengung" gedeutet wurde. Stieda versuchte ihn als gichtische Ablagerung zu deuten, Bergemann u. Stieda brachten dann den Nachweis, dass es sich um eine mit Kalkablagerung einhergehende Entzündung des Schleimbeutels handele. H. berichtet ausführlicher über 6 von den 12 von ihm beobachteten Fällen. Charakteristisch sind die Beschwerden: anfangs leichtere, allmählich sich steigernde, schliesslich ausserordentlich heftige Schmerzen im Schultergelenk. Die Beweglichkeit ist gewöhnlich stark eingeschränkt, bes. die Abduktion. Differentialdiagnostisch sind am Anfang leichte Knochenverletzungen nicht immer mit Sicherheit auszuschliessen. Der „strukturlose, unregelmässig begrenzte Schatten" dicht oberhalb des Schulterkopfes sichert die Diagnose.

Therapeutisch kommen bei starken Schmerzen vorübergehende Fixation, Narkotika, heisse Bäder, Massage, medikomechanische Behandlung, ev. operative Entfernung des erkrankten Schleimbeutels in Betracht.

Die Technik der Röntgenaufnahme wird genau angegeben.

Natzler-Heidelberg.

18) **Glaessner-Milavec.** Ueber Epikondylusfrakturen des Humerus. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 44.)

Die Verfasser haben das Material der chirurgischen Charitépoliklinik eines Jahres durchuntersucht (15 Epikondylusfrakturen) und bei fast allen nur geringe Reste, so eine deutliche Verdickung der verletzten Gegend, leichte Schmerzhaftigkeit bei stärkeren Bewegungen und Krepitation festgestellt. Die Behandlung der Ellen-



bogenfrakturen ausserhalb des Gelenkes bestand in Ueberführung des Armes in Streckstellung, Vermeidung von cubitus varus oder valgus und Anlegen eines zirkulären Gipsverbandes, der vom oberen Ende des humerus bis zum Handgelenk reichte. Hand und Finger wurden fleissig bewegt und nach 8 Tagen der Verband auf der Innen- und Aussenseite in 2 Halbrinnen aufgeschnitten und der Arm herausgenommen, um aktive Bewegungen vorzunehmen. Dann wurde der Arm wieder in die Gipsschalen gelegt. Täglich Uebungen. Nach 8 Tagen Weglassen der Gipsschalen und Fortsetzung der Uebungen. Diese Behandlung führte in allen Fällen zu den günstigen Resultaten, die oben erwähnt wurden. **Hohmann-München.**

19) **Wolf.** Über komplizierte traumatische Epiphysenlösung der unteren Radiusepiphyse verbunden mit Fraktur der Ulna. (Diss. München 1910.)

Verf. berichtet im Eingang seiner Arbeit kurz über Epiphysenlösungen im allgemeinen und spricht dann von der Entwicklung und dem Bau der unteren Radiusepiphyse. Er gibt von der Lösung derselben, von ihrer Ursache, Prognose, Diagnose und Therapie einen kurzen Ueberblick und führt einen Fall von komplizierter Epiphysenlösung des Radius am distalen Ende desselben in Gemeinschaft mit einer Fraktura ulnae an. W. bezeichnet vorliegenden Fall in Bezug auf Entstehung der Verletzung, Alter des Patienten, Verlauf der Bruchlinie und Beteiligung der Ulna als typischen. Sehr erschwert wurde die Verletzung dadurch, dass der Radiusschaft die Weichteile durchbohrte. Verf. führt den schnellen Exitus letalis auf die Unruhe des Patienten zurück. Es entstand dadurch eine Thrombose der arteria radialis und ulnaris, die zur Gangrän und Sepsis führte. Um das Leben des Pat. erhalten zu können, hätte man das Glied amputieren müssen, jedoch liessen des Kindes Eltern sich nicht darauf ein. **Blencke-Magdeburg.**

20) **Hirsch** (Wien). Ueber die Fortschritte in der Lehre von der Fraktur des Os naviculare carpi. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. Bd. XV, S. 221, 222.)

Kurze Arbeit über Pathologie, Diagnose und Therapie dieser Verletzung, bezüglich der Pathologie ist nicht unwichtig neben der gewöhnlichen intrakapsulären Fraktur die seltenere extrakapsuläre, die Absprengung der Tuberositas ossis navicularis. Für die Diagnose ist einzig das Röntgenbild massgebend. Ein Fortschritt in der klinischen Diagnose — nach H. direkt pathognomonisch — ist die



Auslösung von Schmerz in der Tabatière bei Beklopfen des Köpfchens von Metakarpale 1 u. 2, unter bestimmten Umständen auch des Metakarpale 3 in Radialflexion der Hand. Für die Therapie gibt H. folgende Richtungspunkte: Der extrakapsuläre Bruch, der stets knöchern und mit guter Funktion heilt, ist prinzipiell konservativ zu behandeln, der intrakapsuläre, der nie knöchern und regelmässig unter schweren Störungen der Gelenkfunktion heilt, ist prinzipiell zu exstirpieren. **Natzler**-Heidelberg.

21) **Charles-Barrett-Lockwood.** Amputations at the hip and shoulder. (Lancet. 1910. 30. April.)

Bei diesen grossen Operationen sei grösstes Gewicht auf möglichste Blutersparnis zu legen; er unterbindet daher bei Amputationen zuerst die Hauptarterie, dann wird das zu amputierende Glied so lange eleviert, bis es möglichst blutleer ist, dann die Vene unterbunden, und erst jetzt die typische Amputation resp. Exartikulation vorgenommen. Die so operierten 13 Patienten überstanden die Operation sehr gut, nur einer starb an den direkten Folgen derselben. **Mosenthal**-Berlin.

22) **Drehmann.** Zur Frage der angeborenen Coxa vara. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 38.)

Allem Anschein nach ist die vertikal gestellte „Epiphysenfuge“ Hoffas bei den Fällen kongenitaler Coxa vara überhaupt keine wirkliche Wachstumsepiphysenfuge, da mikroskopisch alle Zeichen des Wachstums fehlen, der Knorpel Faserknorpel ist, spärliche Vaskularisation besteht. Neben dieser lateralwärts gelegenen vertikalen aufgehellten Zone sah D. in einem Falle eine deutliche normal verlaufende Epiphysenlinie. Das gleichzeitige Vorkommen von Coxa vara congenita und partiellem Femurdefekt legt die Vermutung nahe, dass die coxa vara congenita möglicherweise nichts anderes als den ersten Grad des angeborenen Femurdefektes darstellt, indem die vertikale Fuge eine mangelhaft ausgebildete Stelle im Knochengewebe ist, während der Femurschaft normal ausgebildet ist. D. beobachtete auch einen Fall, bei dem im Alter von 2 Jahren ein scheinbar völliger Defekt des ganzen oberen Femurendes bestand, später fand sich in der Pfanne ein deutliches Rudiment eines Kopfes, nach einigen Jahren bildete sich eine knöcherne Verbindung des Kopfes mit dem vorhandenen Femurschaft in stärkster Coxa-varastellung aus. **Hohmann**-München.



23) **R. Grashey** (München). Coxa vara retroflexa traumatica. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 70. Bd., 1. H., S. 186.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall von Coxa vara retroflexa traumatica zu behandeln und nach dem durch interkurrente Krankheit eingetretenen Tod das Präparat zu untersuchen. Der Hals war gegen den Kopf fast rechtwinklig nach hinten abgebogen, sodass er nach vorne einen Vorsprung bildete, der bei der Flexion ein direkt mechanisches Hindernis abgab. Die Coxa-vara-Stellung trat gegen die -retroflexa ganz zurück. Aetiologisch kommt nach Verf. ein wiederholtes Trauma (Fall auf die betr. Seite) in Betracht, das Epiphysenlockerung und Verschiebung bewirkte, allerdings muss eine besondere Disposition der Epiphyse zu solchen Veränderungen angenommen werden, worauf eine auf der anderen Seite ebenfalls vorhandene abnorme Konfiguration von Kopf und Hals hindeutet. Verf. wendet sich darnach gegen die Bezeichnung der Coxa vara als für alle Fälle traumatisch, auch statische Verbiegung findet er nicht geeignet, da jeder Schenkelhals statisch beansprucht wird. Er schlägt vor, die Fälle unter der Bezeichnung „jugendliche Schenkelhalsverbiegung“ als Hauptgruppe zu sammeln und dann ätiologisch in die verschiedenen Gruppen zu gliedern.

Balsch-Heidelberg.

24) **Neuber** (Kiel). Ueber die Behandlung der tuberkulösen Coxitis. (Mit 3 Figuren. Arch. f. klin. Chir. 1910. Bd. 93, S. 96 ff.)

Das Material Neubers rekrutiert sich hauptsächlich aus schweren Fällen mit Abszessen, Verschiebung des Kopfes, Kontrakturen und starker Atrophie. Er bevorzugt die chirurgische Behandlung und will die exspektative Behandlung eingeschränkt wissen. Er geht von vorne her auf das Hüftgelenk ein. Genaue Beschreibung seiner Methode, die mannigfache Vorzüge haben soll: Der pelvitrochantere Muskelapparat bleibt intakt, die Blutung ist gering, das Gelenk frei übersichtlich, die Bursa iliaca und oft beteiligte Inguinaldrüsen können angegriffen werden und schliesslich ist die Lage der Wunde für die Revision und Austrocknung des Verbandes günstiger. Nach der Resektion wird eine lange Seitenschiene auf 4 Wochen angelegt, dann folgt ein Salzbad, darauf auf wieder 4 Wochen der Schienenverband, der jetzt 2–3 mal gewechselt wird. Nunmehr auf 6—8 Wochen ein fixierender Gipsverband in Abduktion. Während der folgenden Monate wird am Tage ein abnehmbarer Gipsschutzverband getragen, nachts liegen die Pat. im Streckverband. Zuerst gehen sie auf Krücken, dann auf 2 Stöcken, später mit 1 Stock. Nach



Ablauf eines Jahres Ablegung des Schutzverbandes. Massage und Gymnastik noch lange fortgesetzt. Die Benutzung komplizierter Gehapparate vermeidet N., da sie die Kräftigung der Muskulatur verhindern. Und nun die besonderen Vorteile: Die Kranken können bequem sitzen, das Bein aktiv seitwärts bewegen, beugen und etwas drehen. Der Gang ist mit Stock recht gut, ohne denselben leicht hinkend. Den Grad mittlerer Beweglichkeit zieht N. einer knöchernen Ankylose vor. **Natzler**-Heidelberg.

25) **L. Mencière** (Reims). Technique du traitement de la coxalgie pour la conservation du mouvement dans l'articulation. (Gaz. des hôp. Sept. 1910.)

Schon im Jahre 1902 stellte Mencière folgende Forderungen für die Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen auf:

Im Anfangsstadium Jodoformätherinjektionen und, wenn der Knochen ergriffen ist, Phenopunktur. Im vorgeschrittenen Stadium atypische Resektion mit folgender Phenolisation (Einführen reiner Karbolsäure) und im Stadium der Ausheilung und der Ankylose Mobilisierung durch Mechanotherapie.

Verfasser betont die Wichtigkeit der lokalen Behandlung. An den Beinen müsse die schädliche Belastung des Gelenks durch einen Apparat oder durch kontinuirlichen Zug aufgehoben werden. An der oberen Extremität genügen Apparate, die eine fehlerhafte Stellung korrigieren und geringe Bewegung erlauben. Im ersten und auch im zweiten Stadium könne man mit den Injektionen und sogar mit der Phenolisation vorsichtige Bewegungsversuche kombinieren. **Zander**-Heidelberg.

26) **Vulpius** (Heidelberg). Indicatio morbi und Indicatio orthopaedica. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXIV, Heft 1—2, S. 113.)

V. wendet sich gegen die von Lorenz ausgesprochene Ansicht, dass zunächst die Indicatio morbi und dann erst die Indicatio orthopaedica zu erfüllen sei. Er führt aus, dass es speziell bei der Coxitis für den Patienten nicht vorteilhaft sei, das Gelenk in der pathologischen Kontrakturstellung ausheilen zu lassen und dass auch die von Lorenz empfohlene Belastung zu grösserer Destruktion des Gelenkes führen müsse. Auch für die Gonitis glaubt V. nicht die Ausheilung in Beugestellung empfehlen zu können, er glaubt vielmehr durch zeitige Resektion bessere Resultate zu erzielen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



27) **Lorenz** (Wien). Einige Urteile über meine vereinfachte mechanische Behandlungsmethode der Coxitis. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXIV, Heft 3—4, S. 513.)

L. betont gegenüber den Einwendungen von Vulpius, dass die Belastung des coxitischen Gelenks fast immer ohne Schmerzen durchführbar sei; falls solche eintreten, komme man mit einer Entlastung für kurze Zeit aus. Das wichtigste für die Ausheilung eines erkrankten Gelenks sei die ungestörte Ruhe infolge der Fixation. Erfolgt diese Ausheilung in pathologischer Stellung, so sei die Korrektur durch eine subtrochantere Osteotomie leicht zu erzielen. Auch andere Chirurgen seien durch ihre Erfahrungen zu L.s Ansicht bekehrt worden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

28) **Hannemüller.** Das Ludloff'sche Symptom bei der isolierten Abrissfraktur des Trochanter minor. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 70, 2. u. 3. H., S. 905.)

Das L.'sche Symptom bei der Abrissfraktur des Trochanter minor besteht darin, dass in sitzender Stellung das Bein nicht gehoben werden kann, da hierbei nur der Ileopsoas, dessen Ansatz abgerissen ist, in Funktion treten könnte. In liegender Stellung ist ein Heben des Beines durch Wirkung des Sartorius und Tensor fasc. latae bisweilen noch möglich. Das L.'sche Symptom ist daher im Verein mit den übrigen — Haematom in der Gegend des Schenkelringes und Druckschmerz — für die Diagnose der genannten Fraktur sehr wichtig.

Baisch-Heidelberg.

29) **Buccheri.** Sopra un caso di lussazione congenita dell'anca. Adunanza dei Sanitari Ospedalieri di Palermo 6 giugno 1909.

Der Fall ist von Bedeutung, weil in Sizilien die angeborene Hüftgelenksluxation eine höchst seltene Form ist. Der Fall des Redn. betrifft einen 12 Jahre alten Jungen, und zwar handelte es sich um Luxation auf das Darmbein. Die pathologisch-anatomischen Alterationen des Skeletts wie der Weichteile, die Symptomatologie, Prognose, Behandlung finden eingehende Besprechung. In bezug auf die Differentialdiagnose wird ein wichtiges Element durch die Röntgenographie dargestellt. Die Methode der unblutigen Reposition verdient neben dem Namen Lorenz auch den Pacis.

Buccheri-Palermo.

30) **Stoffel** (Heidelberg). Vorschläge zur Behandlung der Glutaeuslähmungen mittels Nervenplastik. (8 Abbildg. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1910. Bd. 107, S. 241 ff)

Man hat auf verschiedene Weise versucht, die gelähmte Glutäus-



muskulatur, die ja für den Gang von ausserordentlicher Wichtigkeit ist, zu ersetzen und so die Glutäusfunktion möglichst gut wieder herzustellen. So verwandte Lange den Vastus lateralis zum Ersatz des Glut. med. u. minimus, Deutschländer ersetzte die gelähmten Muskeln durch den Glut max. Die Lähmung dieses Muskels suchte Moskowics durch ein recht kompliziertes Verfahren zu beseitigen, indem er die Kniebeuger verwandte, die er vom Ursprung loslöste, durch Seidenfäden verlängerte und in die Gegend der Articulatio sacroiliaca einpflanzte. Einen neuen Weg wies St., der die Transplantation der Nerven benutzt, um die Glut.-Lähmung zu beseitigen. St. war der erste, der durch die richtige Ausnutzung von der „Topographie des Nervenquerschnitts“ System in die bisher ziemlich planlose Art der Nerventransplantation brachte. Er lehrte, dass es nicht angängig sei, einfach von einem Nerv einen beliebigen Lappen abzutrennen und zu überpflanzen, sondern dass die Lappen bestimmten Stellen entnommen werden müssten, da die Bahnen für einzelne Muskelgruppen und Muskeln immer an ganz bestimmten Stellen im Nerven verlaufen. So führte er bei einem Kind mit Lähmung der beiden unteren Extremitäten eine Glutäusplastik in der Weise aus, dass er den N. glut. inf. in eine vorher genau bestimmte Stelle des Ischiadicus implantierte. (In dem angeführten Fall die Bahn für den Ext. digit. et halluc.) 8 Wochen post. op. konnte das Kind den vorher gelähmten Glut. max. ein Spur kontrahieren.

Die Methode ist neu und jedenfalls interessant. Was sie leistet, muss die Zukunft bringen. Jedenfalls sollte sie nachgeprüft werden.

Die Arbeit, die durch sehr instruktive Bilder illustriert wird, bringt ausserdem eine Schilderung von St.'s Vorgehen bei seinen Bestimmungen der einzelnen Nervenbahnen, Bemerkungen über die Gesässmuskeln, die Nn. ischiadicus u. Glut. sup. und inf. Ferner gibt St. noch Winke über Nervenüberpflanzung im allgemeinen und beschreibt und illustriert seine Methode der Implantierung bei grossen Nervenstämmen. **Natzler**-Heidelberg.

31) **Blum.** Ueber die Behandlung der Ischias mit epiduralen Injektionen. (Münch. Med. Wochenschr. 1910. No. 32.)

Bei schweren Ischiasfällen, bei denen die perineuralen Injektionen versagten, wandte B. die in Frankreich von Cathelin und Sicard seit 1901 empfohlenen epiduralen Einspritzungen an. Die Erfolge sind gute. Die Methode geht von dem Gedanken aus, die untere Körperhälfte zu anästhesieren, ohne dass das



Mittel in den Duralsack eindringt. Es wird vom Foramen sacrale inferius aus mit einer 10 ccm fassenden Rekordspritze (dünne Nadel 6—8 cm lang) entweder 1 % Cocain oder 4 % Stovain oder physiol. Kochsalzlösung in den Sakralkanal nach oben eingespritzt und zwar eine Menge von 5—10 ccm, am besten bei Seitenlage des Patienten. Meist lassen die Schmerzen alsbald nach, und es genügt eine Injektion, öfters sind 2—3 nötig, die von 2 zu 3 Tagen vorgenommen werden. Schädliche Folgen sind nicht beobachtet, die Injektion ist schmerzlos, die Technik bei fetten Patienten nicht ganz einfach. Deutlich ist ihre Wirkung bei gleichzeitigen Schmerzen im Kreuz oder bei gleichzeitigem Bestehen einer Neuralgie des Cruralis. Beides wird dann von einem Punkte aus behandelt.

Hohmann-München.

32) **Wissner.** Über Luxationen im Kniegelenk mit Verletzung der Arteria poplitea. (Diss. Leipzig. 1910.)

Verf. berichtet über einen Fall von Luxatio tibiae, bei dem es zu einer totalen subcutanen Zerreissung der Arteria poplitea gekommen war, stellt die Fälle, die er in der Literatur finden konnte, am Schluss der Arbeit zusammen und bespricht an der Hand dieser Fälle das Zustandekommen, die Symptome, den Verlauf und die therapeutischen Aussichten dieser Verletzungen. W. ist auf Grund seiner Studien zu der Überzeugung gekommen, dass die Herstellung der Kontinuität des Gefässlumens bei Zerreissungen der Arteria poplitea für die Zukunft als das Verfahren der Wahl anzusehen ist. Auch bei der Thrombose durch Zerreissung der inneren Häute käme die Gefässresektion mit Naht, unter Umständen Transplantation in Betracht.

Blencke-Magdeburg.

33) **Staffel** (Dresden). Zur Frage der Ischias scoliotica. (Zeitschrift für orthop. Chir. XXVI. Bd. S. 543.)

St. glaubt annehmen zu müssen, dass wenigstens bei einer Reihe von Fällen ischiadischer Beschwerden und Skoliose nicht die Ischias das primäre sei, sondern dass die Rückgratverbiegung erst die Schmerzen im Gebiet des Hüftnerven auslöse. Er begründet diese Ansicht damit, dass er in den von ihm beobachteten Fällen eine Druckempfindlichkeit der Lumbalwirbel feststellen konnte, die er als Insuffizienz der Wirbelsäule (nach Schanz) auffasst.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

34) **Klug** (Berlin). Beitrag zur Ischiasbehandlung und zur physikalischen Therapie. (Deutsche med. Woch. 1910. Nr. 14, S. 660.)

K. weist zunächst darauf hin, dass es für die Therapie der

Ischias sehr wichtig sei, eine genaue Diagnose zu stellen, speziell in bezug darauf, ob es sich um eine idiopathische Neuritis oder bloss um eine symptomatische Erkrankung, die durch mancherlei Ursachen veranlasst sein kann, handelt. Im besondern kann ein vorhandener Plattfuss ischiadische Beschwerden machen. Die Therapie muss in allen Fällen symptomatischer Erkrankung auch das Grundleiden in Betracht ziehen. In einzelnen Fällen sah Verf. auch Miterkrankung benachbarter Nerven, so im besondern Neuritis des N. cutaneus femoris lateralis. In bezug auf die Therapie der Ischias hat K. die besten Erfolge von der Anwendung der Dampfdusche mit nachfolgenden Bewegungsbädern gesehen. Später erst wurde Massage angewandt, zunächst unter dem Dampfstrahl. In einzelnen hartnäckigen Fällen wirkten Injektionen in den Nerven (Lange, Schleich) günstig. Bei ischiadischen Beschwerden, die von Plattfuss ausgingen, brachte eine Einlage Heilung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

35) **Leber.** Die Behandlung der Ischias mit besonderer Berücksichtigung der durch die „Injektionstherapie" erzielten Heilerfolge. (Diss. Bonn. 1910.)

Nach einem kurzen Überblick über eine Reihe gleicher Abhandlungen und über die in diesen mitgeteilten Erfolge berichtet L. über 53 Ischiasfälle aus der Bonner mediz. Klinik, von denen elf mit Injektionen nach der Lange'schen Methode behandelt wurden. Injiziert wurden 60—100 ccm einer $^{1}/_{00}$ β-Eukainlösung in physiologischer Kochsalzlösung, in einigen Fällen mehrmals, in einem Falle sogar 6 mal. Von diesen wurden zwei geheilt, vier gebessert; vier wurden ungebessert entlassen, und der 6 mal injizierte Patient gab an, dass eine Verschlimmerung eingetreten sei. Bessere Erfolge wurden mit der medikamentösen und balneo-physikalischen Methode erzielt, denn von den ohne Injektionen behandelten wurden 25 als geheilt entlassen, 11 als gebessert und 1 als ungebessert. Bei 4 konnte L. das Resultat nicht erfahren, einer schied vorzeitig aus.

Blencke-Magdeburg.

36) **Ely.** Die Tuberkulose des erwachsenen Kniegelenks mit einer neuen Theorie und Operationsmethode. (Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 45.)

Ely begründet auf makroskopische und mikroskopische Untersuchung von 70 Präparaten eine neue Theorie und Operationsmethode der Tuberkulose des erwachsenen Kniegelenks. Nach seiner Meinung kommt die Tuberkulose nur in 2 Geweben eines Gelenkes



vor, in der Synovialmembran und im Knochenmark. Der primäre Herd kann sich von jedem dieser Teile aus auf den anderen ausbreiten, im Knie des Erwachsenen kommt er in beiden Geweben gleich häufig vor. Knochengewebe, Knorpel oder Ligamente werden nie direkt ergriffen, sondern nur durch Ernährungsstörung geschädigt. Selten wird das gelbe Mark der Röhrenknochen von der Tuberkulose ergriffen, fast immer das rote, lymphoide Mark der spongiösen Knochen, Epiphysen, platten und kurzen Knochen. Im vorgerückten Lebensalter mit der Abnahme des roten Markes wird auch die primäre Knochenerkrankung seltener und die synoviale Form häufiger. Die Natur sucht die Krankheit durch Ausschalten der Funktion zu heilen. Nach einer guten Resektion wird die Synovialmembran bindegewebig verändert, der spongiöse Knochen wird zu hartem Knochen, das rote Mark gelbes Mark. Das Gelenk wird also geheilt nicht durch die Ausrottung jedes infizierten Gewebes, sondern durch die Ausschaltung seiner Funktion, wodurch die beiden zur Krankheit disponierenden Gewebe, Synovialmembran und rotes Mark, verschwinden. E. geht also so vor, dass er das Gelenk durch einen Querschnitt eröffnet, die Kniescheibe durchsägt, ungefähr $^{1}/_{2}$ Zoll von den Oberschenkelkondylen absägt, die äusserste Spitze der Schienbeintuberositäten abmeisselt, die laterale Aponeurose mit Catgut vernäht, die Haut mit Seidennähten schliesst und das Bein gestreckt eingipst. Er durchschneidet keine Ligamente, präpariert die Synovia nicht heraus, verwendet kein Jodoform oder Karbol und opfert nicht mehr als $^{3}/_{4}$ Zoll vom Knochen. Am günstigsten sind die nicht sekundär infizierten Fälle. In 1—2 Fällen fand keine knöcherne Vereinigung statt, offenbar wegen der geschwächten Widerstandskraft des Kranken. Die Heilung dauert im allgemeinen 6 Monate. Er empfiehlt in leichteren Fällen vor diesem Eingriff einen 6 monatlichen Versuch mit konservativer Behandlung zu machen. Die interessante Arbeit verdient ernsthafte Nachprüfung, vor allem nach der pathologisch-anatomischen und tier-experimentellen Seite hin.

Hohmann-München.

37) **Theodor Müller.** Zur Behandlung der Knieversteifung. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 49.)

M. beschreibt die Methode, die Kausch bei versteiften Kniegelenken anwendet. Sie besteht in Mobilisation des Gelenkes in tiefer Narkose, in einer Fixation bei extremer Flexionsstellung für 24 Stunden, in einer Suspension des Knies tagsüber, bei der der



Unterschenkel der Schwere nach frei herabhängt, und in Freilassung des Beines während der Nacht, sodass es von selbst wieder in Streckstellung kommt. Zur Suspension benutzt er gewöhnlich eine Handtuchschlinge, die etwas oberhalb des Knies um den Oberschenkel gelegt wird. Abbildungen erläutern das Vorgehen.

Hohmann-München.

38) **Perrin** (Paris). Genu varum consécutif à une fracture de la cuisse vicieusement consolidée. (Genu varum infolge schief geheilter Oberschenkelfraktur.) (Rev. d'orth. Bd. 21. S. 357.)

Beschreibung eines Falles von Genu varum entstanden nach Oberschenkelfraktur vor 25 Jahren. Ausserdem hatte sich eine schwere Arthritis des Kniegelenks entwickelt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

39) **Kramer.** Über das Genu recurvatum. (Diss. Heidelberg. 1910.)

Verf. bringt die Krankengeschichten von fünf hochgradigen Fällen von Genu recurvatum, von denen 4 aus der Heidelberger chirurgischen Klinik und 1 aus der Privatpraxis des Referenten stammten, und gibt im Anschluss an diese Fälle eine allgemeine Übersicht über die Pathologie und Ätiologie dieser Deformität. Er hat hierbei nur die Fälle in Betracht gezogen, bei denen die Ursache der Verbiegung im Kniegelenk selbst bezw. in den Epiphysenlinien lag. Im ersten Falle handelte es sich um ein angeborenes Genu recurvatum, in den andern Fällen war die Deformität erworben. In 3 Fällen handelte es sich um junge Individuen, die noch nicht am Ende ihrer Wachstumsperiode angelangt waren, als sie ein Trauma des Kniegelenks erlitten, an das sich eine Infektion des Gelenks mit nachfolgender Vereiterung anschloss, die wiederholte Inzisionen notwendig machte. Schliesslich heilte die Affektion mit einer Ankylose aus, und nach einiger Zeit trat dann bei Belastung des Beines eine Verkrümmung im Sinne der Rekurvation in den steifen Gelenken auf. Im letzten Fall entwickelte sich das Genu recurvatum im Anschluss an eine Operation.

Blencke-Magdeburg.

40) **Kuchendorf** (Posen). Drei Fälle von Längsbrüchen der Kniescheibe mittels schräger Durchleuchtung festgestellt. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. XV. 6. S. 368.) (3 Röntgenbilder.)

K. beschreibt drei Fälle von Längsbrüchen der Kniescheibe, bei denen es nur durch schräge Durchleuchtung gelang, den Bruch



nachzuweisen. Die Technik ist folgende: „Lagerung des Kranken in Bauchlage, Knie möglichst entspannen lassen, wodurch man die Kniescheibe etwas nach aussen luxieren kann, ausserdem das ganze Bein nach aussen rotieren. Der Presszylinder wird in einem Winkel von 45° von aussen oben nach unten innen gestellt. Mau erhält auf diese Weise mittels einer mittelweichen Röhre in $^3/_4$—1 Min. ein tadelloses, nahezu isoliertes Bild der Kniescheibe."

Natzler-Heidelberg.

41) **Chevrier.** Enclouage d'une fracture unicondylienne du tibia. (Nagelung einer Fraktur des Condylus ext. der Tibia.) (Rev. d'orth. 21. Bd. S. 351.)

Beschreibung eines Falles von Fraktur des Tibiakopfes, speziell des lateralen Teils mit Neigung zur Genu valgumbildung. Da eine Fixation im Gipsverband die Deformität nicht zum Verschwinden brachte, so nahm Ch. die Annagelung des Bruchstückes mit gutem Erfolge vor. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

42) **R. Kuh.** Über juvenile Verletzungen der Tuberositas tibiae. (Prager med. Woch. 1910 Nr. 9.)

Verf. sah einen 15 jähr. Patienten, der ohne vorheriges Trauma eine Verdickung der Tuberositas tibiae mit auf diese lokalisierter Druckschmerzhaftigkeit hatte. Besonders Treppensteigen erschwert. Röntgenbild zeigte Verdickung des schnabelförmigen Fortsatzes und Zackung seines Ansatzes an der Tibia.

Zur Erklärung zieht Verf. die Ausführungen Schlatters und der anderen Autoren bei, die über diese Affektion publizierten.

Carl Springer-Prag.

43) **Fritsch** (Breslau). Die Tibia en lame de sabre als Folge der erworbenen Lues der Erwachsenen. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1910. XVI. 1. S. 23.) (1 Abbildg. 1 Röntgenb.)

Die Affektion wurde bis jetzt als ein Charakteristikum der Lues hereditaria tarda aufgefasst, veranlasst durch Reiz auf die wachsenden Epiphysen. F. bringt nun einen Fall, der im ausgewachsenen Alter Lues erwarb und bei dem im Tertiär-Stadium die Säbelscheidenform der Tibia auftrat. Das Röntgenbild zeigt deutlich die Erweichungsherde und die reaktive Sklerosierung. Die Verlängerung kommt in diesem Fall, wo der Reiz auf die wachsenden Epiphysen wegfällt, so zustande, dass mehr sklerotisches Gewebe gebildet wird, als zum Ersatz des gummösen nötig ist, woraus eine Verlängerung der Tibia resultiert, da sie an beiden Seiten an die sich nicht verlängernde Fibula fixiert ist. **Natzler**-Heidelberg.



44) **Paul Clairmont** (Wien). Ein Vorschlag zur blutigen Einrichtung der Unterschenkel- und Vorderarmbrüche. (Archiv f. klin. Chir. 93. Bd., 3. Heft.)

Das vorgeschlagene Verfahren wird zur Reposition eines gegen den Interossealraum dislozierten Bruchstücks, gewöhnlich des unteren empfohlen, wenn die unblutigen Verfahren keinen Erfolg versprechen. Es besteht in einer kleinen Inzision der Haut und Eingehen mit dem Langenbeck'schen Knochenhaken, der das Fragment aus dem Interossealraum herauszieht.

Beim Schrägbruch der Tibia, wo durch die Dislocatio ad latus die Tragfähigkeit des Unterschenkels bedeutend reduziert wird, leistet obiges Verfahren gute Dienste, indem die Knochenwundflächen dadurch in möglichst grosser Ausdehnung in Kontakt gebracht werden können. Am Vorderarm wird dadurch die Bildung eines funktionsstörenden Brückenkallus verhindert. **Zander**-Heidelberg.

45) **Ludloff** (Breslau). Die Tibiafissuren der kleinen Kinder. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 70. Bd., 3. u. 4. H., S. 478.)

Als Grund der gar nicht seltenen Beobachtung, dass Kinder von 1—5 Jahren nach einem unbedeutenden Fall sich nicht mehr auf das eine Bein stellen, hat Verf. Fissuren und Frakturen der Tibia gefunden, die sich darnach als typische Verletzungsart des genannten Alters darstellen an Stelle des Knöchelbruches und der Fussgelenksdistorsionen der Erwachsenen. Die Fissuren entstehen als Rotationsverletzungen und zwar meistens durch Innenrotation. Der Verlauf der Fissurlinien ist ebenfalls ein typischer von innen unten nach oben aussen, d. h. am linken Unterschenkel meist in rechtsgängiger, am rechten Unterschenkel in linksgängiger Schraubenlinie. Der Heilungsverlauf und die Prognose dieser Verletzungsart ist als durchaus günstig zu bezeichnen, wenn auch die Nachuntersuchungen des Verf.'s gezeigt haben, dass eine ziemlich ausgedehnte Callusbildung eintritt.

Balsch-Heidelberg.

46) **Rolando** (Rom). Sull'intervento cruento nelle fratture della gamba. (XXI. congresso della società italiana di chirurgia. 27.—28. ott. 1908.)

Redner zeigt, wie in einer gewissen Anzahl von Frakturen die Heilung unter Deviation der statischen Achse des Unterschenkels wegen der Unzulänglichkeit der klassischen Behandlung erfolgt. Nach einem Ueberblick über die verschiedenen Mittel der Knochenvereinigung erklärt er sich für die Umreifung als die beste Methode. In den



Fällen von transversaler Fraktur mit nicht kontenierbarer Verlagerung ist die Umreifung nicht möglich und es kann alsdann die Metallprothese mit der Umreifung kombiniert werden.

Buccheri-Palermo.

47) **Els** (Bonn). Ueber eine Abrissfraktur des Tibialis-anticus-Ansatzes. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910. Bd. 106. S. 610.)

Bei dem genau beschriebenen Fall ist die Tibialissehne isoliert abgerissen. Diagnose wurde klinisch gestellt, durch Röntgenbild erhärtet. Operative Fixation wurde nicht vorgenommen, da der Pat. erst neun Wochen nach dem Unfall in Behandlung kam. Sehnenverlängerung u. ä. unterblieb wegen der verhältnismässig geringen Ausfallserscheinungen (Pat. konnte bis zu einem Drittel des Normalen dorsalflektieren und gut supinieren). Die unangenehmste Folge — (traumatischer) Plattfuss — wurde durch Einlage beseitigt, nachdem gegen die lokalen Erscheinungen die üblichen physikalischen Mittel angewandt worden waren. **Natzler**-Heidelberg.

48) **Bibergeil.** Ueber inkonstante Skelettstücke am Fusse und ihre Bedeutung für die Beurteilung von Röntgenbefunden bei Verletzten. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1910. 11.)

B. bespricht im Anschluss an einige selbst beobachtete Fälle, bei denen Veränderungen im Fussskelett teils durch Zufall bei unbestimmten Fussbeschwerden bemerkt wurden, teils bei wirklichen Verletzungen an der Hand einiger typischer Röntgenbilder die Tarsalia ausführlich und weist auf ihre vielfachen Beziehungen zum normalen und verletzten Fussskelett hin. Er erklärt genau das Trigonum tarsi, das Tibiale externum, das Sesambein der Peroneussehne, das Os intermetatarseum und das os Vesalinum und weist auf die Wichtigkeit hin, dass diejenigen, die Verletzte zu begutachten und Röntgenbilder zu diagnostizieren haben, diese Varietäten genau kennen müssen, da sie sonst leicht Frakturen feststellen können, wo sich inkonstante Skelettstücke finden. Abgesehen von genauer Kenntnis der Tarsalien, die oft Schmerzen hervorrufen können, schützt vor solchen Irrtümern immer die Untersuchung beider Füsse und bei frischen Verletzungen eine sorgfältige Beobachtung betreffs der Kallusbildung. **Blencke**-Magdeburg.

49) **Knoke** (Kiel). Beitrag zur Luxatio pedis sub talo nach innen. (2 Abbildg.) (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1910. Bd. 106. S. 613.)

Kasuistischer Beitrag. Nach unblutiger Reposition in Narkose



schliesslich völlige Restitutio ad integrum. Allgemeine Prognose gut bei unblutiger, etwas ernster bei blutiger Reposition. Todesfälle — bei den von Trendel 1905 in Bruns Beiträgen zusammengestellten 40 Fällen waren 5 gestorben, alle in der vorantiseptischen Aera — können heute wohl ausgeschaltet werden.

Natzler-Heidelberg.

50) **Grunert** (Königsberg). Luxationen im Lisfranc'schen Gelenk. (8 Abbildg. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1910. Bd. 107, S. 214ff.)

Den bisher beobachteten 96 Fällen fügt G. 17 neue bei, die er mit teilweise ausführlichen Krankengeschichten bringt. Von den Verrenkungen waren 58 Fälle total, bei 55 handelte es sich um Verrenkung einzelner Mittelfussknochen (partiell). Veranlassung ist in der Regel eine schwere Gewalteinwirkung. Die Therapie ist gewöhnlich die unblutige Einrenkung, falls diese nicht gelingt, die blutige Reposition, aber ohne Einschränkung nur bei der Verrenkung einzelner Mittelfussknochen. Bei Verrenkung mehrerer Knochen oder des ganzen Mittelfusses sollte man aber, wenn nach Freilegung des ersten Tarso-Metatarsal-Gelenks und Zurückbringung der event. eingeklemmten Tib. anticus-Sehne die Reposition noch nicht gelingt, von eingreifenderen Massnahmen, wie Exstirpation der Keilbeine, lieber absehen.

Natzler-Heidelberg.

51) **Grunert.** Bruch des processus posterior tali. (Deutsche Med. Wochenschrift 1910. No. 30.)

Wegen der Verwechslung mit dem os trigonum Stiedas ist dieser Bruch nicht unwichtig. Immer sollen beide Füsse durchleuchtet werden. G. teilt einen Fall mit, wo durch einen Sprung die Verletzung auftrat und wo eine Anheilung des abgesprengten Knochenstücks nicht erfolgte, was aber die Gebrauchsfähigkeit des Fusses nicht beeinträchtigte. Charakteristisch ist der Druckschmerz zwischen Achillessehnenansatz und innerem Knöchel und die fixierte Spitzfussstellung. Zu lange Fixierung ist schädlich, baldige Bewegungen angezeigt.

Hohmann-München.

52) **Schanz.** Die orthopädische Behandlung der Fussgelenkstuberkulose. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 48.)

Sch. beschreibt seine Methode der Behandlung der Fusstuberkulose, die vor allem in der Anpassung eines exakten bis zum Tuber ischii reichenden entlastenden Schienenhülsenapparates besteht, der am Sohlenteil ein halbkugliches Korkstück zur besseren Abwicklung beim Gehen trägt. Unter dem Apparat trägt der



Patient meist noch einen das Gelenk fixierenden Leim- oder Pflasterverband. Neben der Apparatbehandlung wendet Sch. die üblichen Allgemeinmassnahmen an. **Hohmann**-München.

53) **Feiss** (Cleveland). Die Messung des Fusses, seiner verschiedenen Formen und Deformitäten. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. XXVI, S. 156.)

F. schlägt vor, die Höhe des Fussgewölbes durch Mass zu bestimmen. Er benutzt dazu die Verbindungslinie zwischen dem unteren scharfen Rand des Malleolus internus und dem unteren Rande des Capitulum des Metatarsus I und stellt fest, um wie viel die Tuberositas des Naviculare von dieser Linie absteht. F. hat zu dem Zweck eine Skala auf durchsichtiges Zelluloid aufgetragen, die direktes Ablesen gestattet. Die Distanz schwankt auch bei normalen Füssen bereits zwischen 0,65 und 2,0 cm. Die Messung hat hauptsächlich einen Wert, wenn der andere Fuss normal ist.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

54) **James Fränkel.** Weitere Beiträge zur Behandlung von Fussdeformitäten. (Deutsche Med. Woch. 1910. No. 27.)

1. Plattfuss: F. gibt eine Bandage an, die den Fuss in Supinationsstellung bringt, bestehend aus einem Gummistoffring, der unterhalb des Knöchels um den Fuss gelegt wird, einer Ledergamasche oberhalb der Knöchel und einem beide verbindenden Zugstreifen, der von der äusseren Seite des unteren Rings zur inneren Seite des oberen Rings die Ferse steigbügelartig umfassend läuft.

2. Hohlfuss: Zur Nachbehandlung nach der Lockerung im Saugapparat verwendet F. eine federnde Einlage mit von aussen nach innen abfallendem Gummikeil.

3. Klumpfuss: Zur Nachbehandlung des rezidivierenden Klumpfusses empfiehlt F. eine Gehschiene, bestehend aus einer Hessinghülse des Unterschenkels und einer solchen des Fusses, die beide durch eine Innenschiene verbunden sind. Die Innenschiene hat ein nach aussen sich öffnendes Gelenk. Aussen ist ein Gummizug angebracht. Die Innendrehung der Ferse wird durch den Apparat verhindert. Zur Bekämpfung der Innendrehung des ganzen Beins von der Hüfte aus legte er einen breiten Gummizug an, dessen Zugsrichtung aus der Abbildung deutlich wird.

Hohmann-München.

55) **Paul Reclus** (Paris). La talalgie et les éxostoses sous-calcanéennes. (La presse méd. 1910. Nr. 27.)

Schmerzen unter dem Fersenbein werden nicht selten bei schwer



arbeitenden Personen und bei solchen, die viel stehen, müssen beobachtet und ist der Grund in einer Exostose an der unteren Fläche des Knochens zu suchen, welche infolge fortwährenden Druckes zu einer schmerzhaften Schwielenbildung Veranlassung geben kann. Die Diagnose ist nur durch Röntgenbild zu stellen und zwar sieht man auf der seitlichen Durchleuchtung sehr deutlich die vorspringende Knochenlamelle.

Ätiologisch sind Traumen, oftmals wiederholte Kontusionen und allgemeine Krankheiten, wie z. B. die Blenorrhöe von Wichtigkeit.

Die Therapie ist wichtig, da die Talalgie das Gehen hindern und also den betreffenden Patienten erwerbsunfähig machen kann. Am einfachsten und sichersten gelangt man auf operativem Wege zum Ziel. Unter allgemeiner Anästhesie wird ein hufeisenförmiger Schnitt gemacht, welcher rund um die Ferse und unterhalb der Achillesferse verläuft. Man schlägt den Lappen herunter, meisselt die Exostose ab und schliesst dann das Ganze durch einige Nähte.

E. Toff-Braila.

56) **Cesas** (Lausanne). Zur Pathogenese der Pternalgie. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXVI. Bd 8. 444.)

Ausser den meistens beobachteten Ursachen des Fersenschmerzes (Schleimbeutelentzündung und Exostose des Calcaneus), konnte L. bei einem 37 jährigen an Gicht und Rheumatismus leidenden Herrn einen anderen ätiologischen Faktor feststellen. Es fand sich bei einer wegen solcher Fersenbeschwerden vorgenommenen Operation (Röntgenbefund negativ) eine bindegewebige Entartung des Unterhautzellgewebes unter der Auftrittsstelle des Calcaneus. Exstirpation dieses Gewebes brachte die Beschwerden zum Verschwinden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

57) **R. Levy** (Breslau). Neue Beiträge zur Lehre und zur Behandlung des Mal perforant du pied. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 70. Bd., 2. u. 3. H., S. 627.)

Verf. hat schon früher die Ansicht vertreten, dass beim Mal perforant eine Osteo- bezw. Arthropathie die primäre Erkrankung ist, an die sich erst sekundär die Geschwürsbildung anschliesst, wofür er jetzt neue Belege durch 7 Fälle aus der Breslauer chir. Klinik bringt. Die einzig sichere Therapie besteht in radikaler Entfernung aller erkrankten Knochen- und Gelenkteile, wobei möglichst einfache, glatte Wundverhältnisse zu schaffen sind. Resektionen sind zu vermeiden. Rezidive



entstehen immer durch noch vorhandene Knochen- oder Gelenkerkrankungen und sind dementsprechend zu behandeln.

Baisch-Heidelberg.

58) **Greggio** (Padua). Intorno al male perforante plantare. (Il Tommasi 1910. Nr. 27, 28, 29.)

Verf. beschreibt 5 klinische Fälle, bei denen die Diagnose stets klar und sicher war. Die Behandlung, die stets ausgeführt wurde, war die nach Chipault. Die Operationen waren im ganzen zehn. Das Resultat derselben war in 8 Fällen vollständige Heilung, trotzdem die Krankheit an einem Fuss seit 10 Jahren dauerte, seit 8 Jahren an einem anderen, und bei den übrigen seit 5, 2 und 1 Jahr.

An zwei Füssen rezidivierten die Geschwüre, und die Ulzeration ist seit langer Zeit stationär.

Buccheri-Palermo.

59) **Mauclaire** (Paris). Essais d'anastomoses nerveuses pour mal perforant, pied bot et ulcère variqueux. (Gaz. des hôp. Oct. 1910.)

Verfasser hat zweimal beim Mal perforant, für dessen wahrscheinlichste Ursache er die Neuritis hält, eine partielle kreuzweise Anastomose zwischen N. tibialis und N. peroneus hergestellt. Das Resultat war, dass die Ulcera, wohl auch durch die Bettruhe, mit Narbe abgeheilt sind.

Bei doppelseitigen Klumpfüssen, die durch eine periphere Neuritis entstanden waren und bei denen die vorderen Fussmuskeln sämtlich Störungen aufwiesen, pfropfte M. den Tibialis auf den Peroneus. Der Erfolg steht noch aus. Bericht über ähnliche Versuche bei paralytischen Klumpfüssen.

Drittens versuchte Verf. solche Nervenanastomosen bei varikösen Geschwüren. In 5 Fällen reimplantierte er den N. saphenus in den N. femoralis, und dreimal machte er die Nervenkreuzung in der Kniekehle.

Nun folgt eine eingehende Literaturangabe über die Nervenpfropfungen einerseits und die Nervenanastomosen andrerseits. Erstere geben im Allgemeinen unsichere Resultate, letztere sind erfolgreicher, lassen aber lange auf den Erfolg warten. Notwendig wären noch genaue Untersuchungen über die Topographie der Nervenfasern im Nervenstamm, wie solche schon von Stoffel angestellt worden sind.

Zander-Heidelberg.



60) **Haudek** (Wien). Zur Behandlung des angeborenen Klumpfusses beim Neugeborenen und Säugling. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd XXV, S. 716.)

H. zieht für die Fälle bis zum 5. oder 6. Monat das Verfahren nach Finck-Oettingen dem Gipsverband vor. Das Redressement erfolgt langsam in Etappen, meist ohne Narkose, Behandlungsdauer 3—5 Monate. Tenotomie der Achillessehne ist nach H. selten nötig. Nachuntersuchungen mehrere Jahre nach dem Redressement bestätigen den Dauererfolg. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

61) **Ghillini** (Bologna). Die orthopädische Chirurgie des Klumpfusses. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. Bd. XXVI, Heft 4. S. 643.)

G. plädiert für die Phelpssche Operation beim Klumpfuss. Nach der Durchschneidung der Weichteile legt G. zunächst eine Schiene an, die er nach 8 Tagen durch einen Gipsverband in überkorrigierter Stellung ersetzt. Die Wundbehandlung erfolgt durch ein Fenster. Gipsverband bei mehrfachem Wechsel bis zu 7 Monaten. Rückfälle hatte G. bei dieser Methode nicht zu verzeichnen. Auch in 2 Fällen von paralytischem Klumpfuss war der Erfolg ein guter.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

62) **G. d'Agata** (Neapel). Postoperative Resultate bei Behandlung des angeborenen Pes equino-varus nach dem Pascaleverfahren. (Berl. klin. Woch. 1010. 11.)

Das unblutige modellierende Redressement (Lorenz) ist das Verfahren der Wahl. Es erfordert jedoch besondere und teure Apparate und die Behandlung ist von langer Dauer. Daher wurde häufig an der chir. Univ. Klinik in Neapel folgendes von Pascale angegebene Verfahren eingeschlagen: 2 cm. langer Schnitt an der Innenseite des Fusses, Freilegen des lig. plantare longum, Durchtrennen desselben und damit Oeffnen des Calcaneocuboideonaviculargelenks. Redressement. Verband, nach 10 Tagen völlige Korrektur und Gipsverband, in dem Pat. 1 Monat lang umhergeht. Dann dauernde Heilung, kosmetische und funktionelle. 15 Fälle von 1½—15 Jahren. **Ewald**-Hamburg.

63) **J. Riedinger** (Würzburg). Ein neuer Redressionsapparat für Klumpfüsse und andere Deformitäten. (Arch. f. Orth., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. VIII. 2.)

Es gibt keinen Apparat, der in zweckentsprechender Weise beim instrumentellen Klumpfussredressement die Ferse fixiert und ihre



Stellung korrigiert. Nach vielfachen Vor-Versuchen hat R. einen Apparat konstruiert, der neben der bekannten Einspannvorrichtung für den Unterschenkel aus 2 Gurten besteht, einem für den Vorderfuss, einem für die Ferse; beide Gurten laufen über senkrecht stehende Pfeiler und können — jeder für sich — durch Kurbeln angezogen werden. Eine nähere Beschreibung kann das Referat nicht geben. Der Apparat lässt sich auch zur Redression von Knieverkrümmungen, ferner des Hohlfusses verwenden.

Praktisch wird der Apparat an einem Klumpfussfall vorgeführt. Der Klumpfuss wird durch Spannen der Gurte redressiert und dann im Apparat sofort durch Gipsverband fixiert, nachdem der Fersengurt entfernt ist. Eine Achillotenotomie ist meist überflüssig. — Auch beim Plattfuss, bei dem bis jetzt durch Redressement so wenig Dauerresultate erzielt wurden, weil die Abduktionsstellung der Ferse nicht genügend beseitigt werden konnte, scheint der Apparat gutes zu leisten. — (Werkstätte der Riedingerschen orth. chir. Heilanstalt. Preis 220 Mark) **Ewald**-Hamburg.

64) **Haglund** (Stockholm). Weichteilplastik bei Klumpfussredression. (Zeitschrift für orthop. Chirurgie XXIV. B. 3—4. H. S. 480.)

H. hat in einem Falle, bei dem die Hautbedeckung auf der Innenseite beim Klumpfussredressement nicht hinreichte, die überschüssige Haut von der Aussenseite des Fusses als gestielten Lappen entnommen und auf die Innenseite transplantiert. Der Erfolg war gut, speziell auch keine Neigung zum Rezidiv der Klumpfussstellung vorhanden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

65) **Milo** (im Haag). Der Mechanismus des Plattfussprozesses. Der Spreizfuss. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXVI. Bd. S. 356.)

Bei der Abflachung des Fussgewölbes dreht sich sowohl der vordere wie der hintere Teil des Fusses um das Kuboid nach der lateralen Seite, sodass der Aussenrand des Fusses an dieser Stelle eine Knickung erleidet. M. gestaltet deshalb seine Einlagen so, dass sie an der Aussenseite einen erhöhten Rand aufweisen, der an der Stelle des Kuboids eine Aussparung trägt. Da der Fuss vorn und hinten anliegt, hat das Kuboid infolge der schiefen Ebene, auf der der Fuss ruht, das Bestreben nach aussen zu treten und so die Abduktion des Vorderfusses zu korrigieren. Der Druck, der auf dem Fusse lastet, hat das Bestreben, durch seine strahlenförmige Fortpflanzung eine Auseinandertreibung des Vorderfusses zu bewirken.



Diese Verbreiterung des Fusses tritt wahrscheinlich ein, wenn der Musculus transversalis pedis insuffizient wird (Spreizfuss). M. lässt deshalb, wenn der Vorderfuss schmerzhaft ist, eine Schnürbandage aus Leder tragen, die den Fuss zusammenhält.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

66) **Bardenheuer** (Köln). Der statische Pes valgus und valgoplanus, seine Ursachen, seine Folgen und seine Behandlung. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. XXVI, S. 1.)

B. vertritt die Ansicht, dass der Plattfuss vorzugsweise der Schwäche der gesamten Beinmuskulatur, insbesondere auch der kurzen Plantarmuskeln seine Entstehung verdanke. Knochen und Bänderveränderungen seien nur sekundärer Natur. Durch zu enge Schuhe, besonders im Vorderteil wird diese Atrophie der kleinen Muskeln herbeigeführt, während Leute, die baarfuss gehen oder Sandalen tragen, keine Plattfüsse haben. Unter unseren Kulturverhältnissen kommt der Plattfuss sehr häufig vor. Auch Erkrankungen anderer Gelenke (Knie, Hüfte) können in Plattfussbildung ihren Grund haben. Therapeutisch stellt B. vor allem die gymnastische Behandlung des Plattfusses in den Vordergrund und gibt auch genau die Übungen an, durch welche die Muskulatur gestärkt und der innere Fussrand gehoben werden soll. Von den Schuhen verlangt B. vor allem, dass der Vorderteil weit sein und adduziert stehen soll. Die Einlagen, die Verf. verwendet, sind auf ihrem höchsten Punkte dem Talonaviculargelenk entsprechend etwas flacher gehalten, um die Muskeln und Gefässe der Fussohle möglichst vor Druck zu schützen, während die Wölbung von der Peripherie her zunächst stärker ansteigt. B. will damit mehr die Strebepfeiler des Gewölbes insbesondere den Calcaneus stützen und nicht den höchsten Punkt, das Naviculare. Die Kranken sollen lernen statt des gewöhnlich geübten Ganges in Abduktionsstellung der Füsse den Grosszehengang und -Stand anzuwenden und statt mit dem Absatz mit den Zehenballen aufzutreten, um eine Überdehnung der plantaren Weichteile zu verhindern. Den fixierten Plattfuss, der keine Beschwerden macht, soll man in Ruhe lassen, im anderen Falle das Redressement ausführen, beim sogenannten kontrakten Plattfuss wendet B. Extension und nachfolgend Gymnastik an.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

67) **Ewald** (Hamburg). Über den Knick- und den Plattfuss. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXV. Bd. S. 227.)

Untersuchung eines Skelettpräparates von Plattfuss hat E.



gezeigt, dass die Hauptveränderung bei der Bildung des Pes planus in der Verschiebung des Calcaneus begründet ist, die im Sinne einer Verlagerung nach aussen, einer Drehung sowohl um eine sagittale und frontale als auch vertikale Achse und einer Verschiebung nach hinten stattfindet. Der Talus verändert im Gegensatz zum sogenannten traumatischen Plattfuss infolge Knöchelfraktur seine Stellung in der Malleolengabel nicht. Beim Plattfuss ändert der Talus nur seine Stellung zum Calcaneus. Die Verschiebungen der übrigen Fusswurzelknochen gehen unmittelbar daraus hervor. Röntgendiagnostisch sind beim schweren Plattfuss vor allem die teilweise sehr beträchtlichen Exostosen am Talonavikulargelenk zu erkennen, die schon vielfach zu diagnostischen Irrtümern (Frakturen etc.) geführt haben. Auch das Klaffen des Talonavikulargelenks in unbelastetem Zustande ist für Plattfuss charakteristisch. Ebenso sieht man, dass Navikulare und Kuboid resp. Talus und Calcaneus sich im Bilde mehr oder weniger decken, was ja den anatomischen Verhältnissen entspricht. Auch das Navikulare verändert seine Form im Bilde speziell in dorsoplantarer Richtung wesentlich. Experimentell konnte E. weder durch Muskeldurchschneidungen noch durch Tenotomie der Fascia plantaris einen Plattfuss erzeugen. Erst die Durchtrennung des Lig. deltoideum und der Lig. talo-calcanea brachte halbwegs einen Plattfuss zu Stande.

Untersuchungen an über 600 Knaben von 8—15 Jahren ergaben bei $^3/_5$ das Vorhandensein von Pes valgus, bei über $^1/_3$ von Pes planus. Es ist demnach der Knick- und Plattfuss bereits im kindlichen Alter ausserordentlich häufig. Er entsteht deshalb auch nicht erst in der Adolescenz, sondern wird in diesem Alter durch vermehrte Beanspruchung schmerzhaft, sodass der Patient infolge dessen den Arzt aufsucht. Im jugendlichen Alter bestehen so gut wie nie Schmerzen. Knochenweichheit und Muskelschwäche spielen bei der Entstehung keine Rolle. Eine bereits beim Säugling bestehende Bänderschlaffheit ist anzunehmen. Die Therapie hat deshalb schon im kindlichen Alter einzusetzen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

68) **Muskat**. Der Plattfuss im Röntgenbilde. (Münch. med. Woch. 1910. Nr. 46.)

M. hat bereits vor 10 Jahren die statischen Verhältnisse des unbelasteten und belasteten Fusses durch Röntgenaufnahmen untersucht. Bei Plattfüssen fand er öfters im Röntgenbild ein Klaffen der Gelenke, was auch Ewald beschreibt. Differentialdiagnostisch leistet das Röntgenbild namentlich dann Dienste, wenn es sich um Arteriosklerose der Fussarterien handelt. **Hohmann**-München.



69) **Simon** (Strassburg). Über die schmerzenden Füsse der Rekruten. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1910, Nr. 19, S. 729.)

In einer interessanten kleinen Arbeit zeigt S., dass es sich bei den „schmerzenden Füssen der Rekruten", die unter so manchen verschiedenen Bezeichnungen in den Revier- etc. Krankenbüchern figurieren, um nichts anderes, als um den gewöhnlichen Knickfuss handelt. Therapeutisch geht S. so vor, dass er einen Blecher'schen Heftpflasterverband anlegt (Blecher D. M. Z. 1907, 36) und nach einiger Ruhezeit einen gut passenden Stiefel mit entsprechend schiefem Absatz tragen lässt. **Natzler**-Heidelberg.

70) **Josef Hertle** (Graz). Erfolge mit der Ausschaltung der Achillessehne beim schweren Plattfuss nach Nicoladoni. (Archiv f. klin. Chir. 93. Bd., 3. H.)

Nicoladoni machte 1902 bei 5 schweren Plattfüssen die offene Tenotomie der Achillessehne und nähte die nach oben geschlagene Sehne unter der Suralfascie fest. Er bezweckte damit die Ausschaltung des Antagonisten der kurzen Fussmuskeln, da nach Lähmung des Triceps oft Hohlfusstellung beobachtet wurde. Hertle operierte selbst 7 Plattfüsse nach dieser Methode und empfiehlt dieselbe aus folgenden Gründen: Sie zeichnet sich durch ihre Einfachheit und kurze Heilungsdauer aus. 3—6 Wochen nach der Operation sind die Leute wieder berufsfähig und bleiben es dauernd. Die Plattfusschmerzen hören in kurzer Zeit auf. Es ist eine deutliche Zunahme der Höhe des Fussgewölbes wahrzunehmen, wie sich durch Gipsabgüsse zeigen lässt. Fast immer stellt sich die Kontinuität der Achillessehne wieder her, allerdings in längerer Zeit als bei der gewöhnlichen Tenotomie, auch die Fähigkeit, sich auf die Zehenspitzen zu stellen, stellt sich nach einiger Zeit wieder ein. Eine spätere Wiedervereinigung der Sehnenenden ist selten nötig. Hertle empfiehlt die Sehnenverlängerung nach Bayer durch offenen Schnitt und Verlagerung der gespaltenen Sehnenzipfel. 12 Krankengeschichten. **Zander**-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

71) **Ahrens.** Verein der Aerzte Wiesbadens. 5. X. 10. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 44.)

Osteochondritis luetica. 9monatliches Kind, linke Tibia total nekrotisch, wurde extrahiert, indem der ganze Periostschlauch erhalten blieb. Dann mehrere Schmierkuren und vollständige Regeneration der Tibia.

Hohmann-München.

72) **Knöpfelmacher.** Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. Wien 24. XI. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910 Nr. 52.)

Skelettprozess toxischer Natur. Kind im Wachstum zurückgeblieben, kann nicht stehen, Schmerzen in den Gelenken. Epiphysenlösung der linken Schulter, Sattelnase in Folge Defekts des knorpeligen Septums, deutliche Rachitis, Vereiterung und Zackung der Epiphysen im Röntgenbild, Wassermann negativ. Diagnose ungewiss. **Hohmann**-München.

73) **Axhausen.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins 14. XI. 10. (Ref. Berl. klin. W. 1911. Nr. 50.)

Kritisches und Experimentelles zur Genese der Arthritis deformans. Wendet sich gegen Wollenbergs vaskuläre Theorie. Die primär aufgefassten Gefässveränderungen sind sekundärer Natur. Bei Nachuntersuchungen eines Wollenbergschen Versuches (Umnähung der Patella, danach Arthritis deformans-ähnliche Veränderungen) fand A. nur periostale Wucherungen, wie bei freiüberpflanzten Periostknochen, bei denen der nekrotisch werdende Knochen das Periost zu erhöhter Knochenneubildung anregt. Umschriebene Knorpelnekrosen können in gleicher Weise eine Proliferation der umgebenden lebenden Zellen anregen. So erklärt A. die Prozesse bei der Arthritis deformans.

Hohmann-München.

74) **Codivilla** (Bologna). Sulla cura delle pseudartrosi e delle estese discontinuità diafisarie. (Archivio ed Atti della Società italiana di chirurgia. Roma 1909.)

In Fortführung seines Referates, mit dem er für den internationalen Kongress von Budapest beauftragt war, bespricht jetzt Verf. eingehender den Leitgedanken seines früheren Referates, welcher folgender ist: „Die gegenwärtige Therapie der Pseudoarthrose muss in sämtlichen Fällen Heilung verschaffen, welche in das Gebiet der Chirurgie gehören." Die verbesserten Verhältnisse der Therapie der Pseudoarthrose beruhen besonders auf den Eroberungen auf dem Gebiet der Knochenplastik. Verf. hat Gelegenheit gehabt, in den letzten Jahren 27 Fälle von Pseudoarthrosen oder breiten Diskontinuitäten der Diaphyse der langen Röhrenknochen zu behandeln. Der Kürze halber geht er nicht weiter auf die Fälle ein, in welchen die einfache Behandlung genügte. Es waren 16 auf 27 Fälle, bei denen er die osteoplastische Behandlung nach Ricarda zur Anwendung brachte. Wegen einer ungewöhnlichen Neoarthroseart wurde ein Fall mit Resektion und Metallligatur operiert. Bei einer Fraktur des oberen Drittels des Femur bei einem Knaben hatte sich das untere Fragment in der Längsrichtung verlagert und schliesslich den Schenkelhals erreicht, gegen den es stehen geblieben war. Die Fragmente wurden mit der Nagelextensionsmethode durch kontinuierlichen Zug von 20 kg reponiert.

Von den Osteoplastikfällen kam bei 2 die osteoplastische Überpflanzung zu osteogenetischen Zwecken zur Anwendung: ein schmales und nicht dickes Knochenstäbchen wurde aus einem benachbarten Knochen präpariert und auf die Region der Pseudoarthrose gebracht, wobei die Ernährung der Überpflanzung durch einen Weichteil — besonders Muskellappen gesichert wurde. Das überpflanzte Stäbchen sollte die Verknöcherung anbahnen. Dies wird in der Tat in den auf die Operation folgenden Radiographien beobachtet. In dem einen wie in dem anderen Fall wurde die Vereinigung erzielt.



In den Fällen, in welchen die Pseudoarthrose sehr alten Datums war und radiographisch und bei der lokalen äusseren Untersuchung Zeichen von tiefer Atrophie bestanden, so dass der Teil als absolut unfähig betrachtet werden musste, von selbst Knochengewebe zur Ver kittung der Diskontinuität zu erzeugen sind Gewebe von starkem osteoplastischem Vermögen überpflanzt und so die ganze Peripherie der Pseudoarthroseregion mit ausgedehnten Periostlappen an dünnen, absolut normalen Knochen entnommenen Knochenstäbchen versehen worden.

Dieses Verfahren ist mit vorzüglichen Resultaten namentlich bei den angeborenen Pseudoarthrosen angewendet worden. Bei den Diskontinuitäten der Tibia eignet sich stets die Ueberpflanzung mit permanentem Lappen. Betont wird, dass man, um aus der Ueberpflanzung mit permanentem Lappen all das gewinnen zu können, was einen normalen Knochen zu geben pflegt, dieselbe aus einem vollkommen normalen Knochen entnehmen muss und der Stiel ihre Ernährung und nervösen Beziehungen zu sichern hat. **Buccheri**-Palermo.

75) **Viralcchi** (Neapel). Le plastiche nervose nella cura delle deformità paralitiche. (Relazione al VI° Congresso della Società Ortopedica Italiana 1910.)

Der Hauptteil der Arbeit beschäftigt sich mit experimentellen Untersuchungen. Zunächst suchte Verf. in die Entartungsprozesse einzudringen und bediente sich zu diesem Zweck menschlichen Materials, indem er Nervennarben und Stümpfe durchtrennter Nerven histologisch untersuchte. Die angetroffenen Alterationen werden ausführlich beschrieben. Auf die Tatsache, dass neben den degenerativen Erscheinungen auch ein Regenerationsvermögen der Nervenfaser beobachtet wird, gründet sich eben der Grundgedanke der Nervenplastik. An der Hand von Tierversuchen und der von den verschiedenen Autoren vertretenen Ansichten bespricht Verf. dann die Regenerationsweise der peripheren Nerven und die verschiedenen darüber aufgestellten Theorien. Durch einwandsfreie Versuche wird nachgewiesen, dass das zentrale Ende und das periphere in gleicher Weise notwendig sind, wenn bei traumatischer Paralyse eine Regeneration möglich sein soll. Weiterhin bespricht Verf. die Möglichkeit und die Einzelheiten der Vereinigung der zwei Stümpfe von differenten, aber gleichartigen Nerven und der Deckung von Substanzverlusten in einem peripheren Nerven und demnach der Wiederherstellung der verloren gegangenen Funktion. In letzterer Hinsicht werden die verschiedenen in Vorschlag gekommenen Hilfsmittel ausführlich beleuchtet. Es folgt dann ein Abschnitt über Nervenüberpflanzungen und zuletzt eine kurze Betrachtung der klinischen Seite der Frage. Die Arbeit, die reich ist an persönlichen Erfahrungen und Versuchen und im weitgehendsten Masstabe der Literatur Rechnung trägt, kann nur der Einsichtnahme im Original empfohlen werden. Zu einem kurzen Referat eignet sie sich schlecht. **Buccheri**-Palermo.

76) **Hirsch.** Verein der Aerzte Wiesbadens. 5. X. 10. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 44.)

Parrotsche Pseudoparalyse. 5 monatlicher syphilitischer Säugling, der rechte Arm hängt einwärts rotiert, proniert, schlaff herab, ähnlich wie bei Plexus-Lähmung. Die rechte Unterarmepiphyse spindelförmig aufgetrieben, schmerzhaft. Es ist eine scheinbare Lähmung. Epiphyse im Röntgenbild intakt.

Hohmann-München.





77) **Guradze.** Verein der Aerzte Wiesbadens 21. IX. 10. (Ref. Berl. klin. W. 10. Nr. 42.)

Spinale Kinderlähmung. Schlaffe Lähmung des ganzen Unterschenkels eines 7 jährigen Mädchens, am Oberschenkel nur Beuger und Sartorius erhalten. Am andern Bein infolge Coxa vara rachitica starke Verkürzung und Aussen-Rotation und rachitische Unterschenkelverkrümmung. I. Operation: Verkürzung aller Strecksehnen des schlaffen Spitzfusses und Osteotomie zur Verlängerung des rachitisch verkrümmten Unterschenkels der andern Seite.

II. Operation: Subtrochantere Osteotomie der Coxa vara und Ansetzen des unteren Fragments in Streckstellung, Adduktion und Innen-Rotation. Hessing-Apparat mit künstlichem Quadriceps für das gelähmte Bein. Sicherer Gang ohne Stock. **Hohmann**-München.

78) **Fuchs.** K. k. Gesellschaft der Aerzte Wien. 4. XI. 10. (Ref. M. M. W. 1910. M. 48.)

Scoliosis hysterica. Russischer Student, vollkommen gesund, bekam über Nacht eine erhebliche Skoliose. Anfangs bestanden auch Sprachstörungen, jetzt noch tonisch-klonische Krämpfe der Hals- und Schultermuskeln. Auch in den Rückenmuskeln besteht ein Tic. Eine hysterische Skoliose verschwindet in Bauchlage gewöhnlich, die vorliegende aber wegen des Tics nicht vollständig. **Hohmann**-München.

79) **Codivilla** (Bologna). Sull'operazione di Förster. (Archivio ed Atti della Società italiana di Chirurgia 1909.)

In einem Fall von spastischer spinaler Paraplegie durch Sklerose der Seitenstränge resezierte Verf. in zwei Zeiten die hinteren Wurzeln in verschiedener Ausdehnung auf beiden Seiten. Das Endresultat war eine leichte Besserung Der Kranke gibt an, sich besser zu fühlen, sein Gang ist immer ein spastischer, kann der Stützen nicht entbehren und duldet keine weiten Strecken. Nach dem Vergleich der 2 Seiten ist die wohltätige Wirkung des Eingriffes nicht zu bezweifeln, insofern als er die spinale reflektorische Reizbarkeit und deren Folgen: Spastizität, Kontrakturen, assoziierte Bewegungen etc. herabsetzt. Die nämlichen Verhältnisse wären durch die gewöhnlichen peripheren Eingriffe erzeugt worden: Verlängerung der Achillessehne, Myotomien, Tenotomien etc., Immobilisierung in korrigierter Stellung etc.

Auch eine verschiedene Entwicklung der Muskelmassen ist von ihm beobachtet worden; und zwar beruht dies wahrscheinlich darauf, dass die ausgebliebene periphere Stimulation die Erhaltung der normalen Ernährung der spinalen motorischen Zellen beeinflusst.

Daher soll der Eingriff, weil äusserst schwer, falls er indiziert ist, nur bei Individuen mit kräftiger Muskulatur und normalem Trophismus vorgenommen werden und die Wurzelresektion nicht zu ausgiebig sein. Aus technischen Gründen meint sodann Verf., dass die Operation weniger schwer sein würde, wenn sie anstatt in der lumbo-sakralen Region in der dorso-lumbalen vorgenommen würde. **Buccheri**-Palermo.

80) **Rothschild.** Aerztl. Verein Frankfurt a. M. 19. IX. 1910. (Ref. M. M. W. 1910 M. 47.)

Ueber funktionelle Heilung der Kukullarislähmung durch Ope-



ration. Die Naht des bei Operationen am Hals bisweilen durchtrennten Accessorius führt nicht immer zu einem Resultat. R. ging so vor, dass er ein 20 cm langes, 5 cm breites Stück, das er der fascia lata des Femur entnahm, implantierte, sodass es einerseits am oberen medialen Skapulawinkel, andererseits am Latissimus dorsi und der tiefen Rückenmuskulatur dicht neben der Wirbelsäule angenäht wurde und zwar unter starker Spannung und, um Verwachsung zu vermeiden, mit Durchführung unter dem gelähmten Kukullaris. Durch diesen Zug konnte er die Wirkung des Kukullaris ersetzen. Das Schulterblatt steht mit seinem medialen Rand parallel der Wirbelsäule und gleich hoch mit dem gesunden. **Hohmann**-München.

81) **Brückner.** Gesellsch. für Natur- und Heilkunde in Dresden. 8. X. 10. (Ref. M. M. W. 1910. Nr. 49.)

Congenitale Missbildung. 3 Wochen alter Knabe mit Gaumenspalte und symmetrischer Verbildung beider Unterarme und Hände, die um die Hälfte verkürzt und mit den Oberarmen durch eine Flughaut verbunden sind. Hände verkümmert mit nur je 1 Finger. Das Röntgenbild zeigt am Unterarm nur einen Knochen, den Radius, die Mittelhand einen Knochenkern, der Finger 3 Phalangen. **Hohmann**-München.

82) **Hirtz.** Aerzt. Verein zu Essen-Ruhr 8. XI. 10. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 52.)

Angeb. Schulterblatthochstand. Erhebliche Bewegungsstörung der Halswirbelsäule und des Schulter-Gelenks. Ausser dem Schulterblatthochstand grosser Spalt in der Halswirbelsäule, Keilwirbel und drei Halsrippen.
Hohmann-München.

83) **Laser-Stein.** Verein der Aerzte Wiesbadens 2. XI. 1910. (Ref, Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 50.)

Schultergelenkstuberkulose. Ein langsam verlaufender, mit Versteifung und Muskel-Atrophie beginnender Fall, der nach 3/4 Jahr einen kalten Abszess bildete. Stauungsbehandlung. **Hohmann**-München.

84) **Preiser.** Aerztl. Verein in Hamburg 6. XII. 10. (Ref. M. M. W. 1910 Nr. 51.)

Bursitis subdeltoidea und subacromialis. P. zeigt an Röntgenbildern, wie unter orthopädischer Behandlung, gleichzeitig mit dem Schwinden der klinischen Erscheinungen, auch ein Rückgang des Röntgenschattens bis zum völligen Verschwinden sich erzielen lässt. **Hohmann**-München.

85) **Schanz.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden 8. X. 1910. (Ref. M. M. W. 1910. M. 48.)

Ankylose des Ellenbogens. 13 jähriges Mädchen. Durchmeisselung der knöchernen Verbindung von humerus und ulna und Zwischenlagerung eines gestielten Lappens von Unterhautfettgewebe. Einige Wochen später dieselbe Operation am radialen Teile des Gelenkes. Aktive Streckung gelingt fast bis zur normalen und Beugung soweit, dass Pat. sich an Mund, Nase und Ohr fassen kann. Pro- und Supination bis zur Hälfte möglich, kein Schlottergelenk.
Hohmann-München.



86) **Hirtz.** Aerztl. Verein zu Essen-Ruhr 8. XI. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 52.)

Ischämische Kontraktur nach Vorderarmbruch. 8jähriger Knabe Nach vergeblicher orthopädischer Behandlung plastische Verlängerung der Beugesehnen, der stärkeren nach Bayer, der anderen durch 4 cm lange Seidenfäden. Glatte Heilung. Befriedigendes Resultat. Gute Beweglichkeit.

Hohmann-München.

87) **Guradze.** Verein der Aerzte Wiesbadens 21. IX. 10. (Ref. Berl. klin. Woch. 10. Nr. 42.)

Kongenitaler Femurdefekt. Die ganze linke untere Extremität des Knaben reicht nur bis zur Höhe des Kniees der anderen Seite herab. Die Prothese besteht aus einer verschnürbaren Hülse, die das linke Bein bis zu den Zehen umschliesst, unter der Fusssohle ist ein dem Kniegelenk entsprechendes feststellbares Scharnier angebracht, an welches sich ein künstlicher Fuss anschliesst. Patient geht gut. **Hohmann**-München.

88) **Weigert.** Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin. 4. X. 10. (Ref. Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 46.)

Hüftluxation. Von 23 Fällen waren 16 einseitig, davon 15 congenital, 14 von diesen unter 6 Jahren. Von diesen wurden 11 central reponiert, 3 transponiert. Bei 1 Fall über 7 Jahren keine anatomische Heilung, aber Verminderung der Verkürzung. Von 7 doppelseitigen Fällen wurde 5 mal centrale Reposition einmal rechts Reposition, links Transposition erzielt. Verbanddauer 6 Monate. Lorenzsche Primärstellung. Diskussion: Hoffmann empfiehlt bis zum 6. Lebensjahr Einrenkung nach Lorenz, bei der Schadeschen Methode (Innenrotation) müsse nachträglich osteotomiert werden. (? d. Ref.) 1. Verband 2 Monate, 2. Verband 3 Monate lang. In 2 Fällen Versuch mit 3 Monate Verbanddauer, 1 mal mit gutem Erfolg, 1 mal trat nachher Transposition ein.

Hohmann-München.

89) **Röpke.** Naturwissensch.-medic. Gesellschaft zu Jena. 23. VII. 10. (Ref. Münch Med. W. 1910. Nr. 50.)

Behandlung kongenitaler Hüftluxationen. R. wählt die übliche Abduktionsstellung, sagt nichts über die Rotation, lässt den ersten Verband je nach dem Fall 12—20 Wochen liegen. Nach vier Wochen Röntgenkontrolle. Bei 2—3 jährigen Kindern mit guten Pfannenverhältnissen genügt ein Verband. Nach dem Verbandabnehmen werden die Kinder im Bett sich selbst überlassen, bis sie von selbst nach einigen Wochen anfangen zu knieen und dann zu stehen. Bei anderen Fällen Verbandwechsel nach der 12. Woche, Bewegungen, Massage, danach in derselben Stellung ein neuer Verband. R. hat gute Resultate mit dieser Behandlung erzielt. **Hohmann**-München.

90) **Schanz.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 8. X. 10. (Ref. M. M. W. 1910. Nr. 48.)

Die habituelle Luxation der Kniescheibe. Wegen Aussenrotation des Beines führte Sch. die suprakondyläre Osteotomie aus und drehte den Condylenteil des Femur um 30° nach einwärts. Dadurch verschwand auch die Luxation der Kniescheibe. Um Angriffspunkte am Knochen für die Korrektion



zu gewinnen, benutzt er lange, vergoldete Schrauben, die in den Knochen gebohrt werden. Seit Verwendung dieser Schrauben gelingt die Mobilisation der Gelenke nach der Operation schneller als sonst, wahrscheinlich weil bei der Korrektur das Gelenk geschont wird. **Hohmann**-München.

91) **Guradze**. Verein der Aerzte Wiesbadens 21. IX. 10. (Ref. Berl. klin. W. 10. Nr. 42.)

Resektion eines tuberkulösen Kniegelenks. Vor 7 Jahren war das Kniegelenk reseciert worden, es stellte sich allmählich in Beugekontraktur mit einem Winkel von 120 Grad, ankylotisch. Starke Verkürzung. Suprakondyläre schräge Osteotomie von vorn unten nach hinten oben. Extension im Gochtschen Zuggipsverbande. Beseitigung der Beugestellung und der Verkürzung, Hülse zur Nachbehandlung. **Hohmann**-München.

92) **Reichard**. Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg. 6. X. 10. (Ref. Münch. Med. W. 1910. Nr. 50.)

Angeborener Totaldefekt der Tibia. R. zeigt den Oberschenkelknochen eines 14 jährigen Knaben, der in der Mitte nach der Innenseite hin glatt ausgezogen ist und in einen stark vorspringenden Knochenzapfen übergeht Bei Tibiadefekt findet sich dieser Knochenzapfen am Femur öfters, wohl eine primäre Keimverlagerung, indem die Anlage der Tibia statt an ihrem Ort etwas höher, auf dem Femur erfolgt, wo er als Rudiment imponiert. Dafür spricht auch die Anordnung der Beugemuskeln (Semimuskeln usw.), die an der Rückseite dieses Zapfens inserieren. **Hohmann**-München.

93) **Heidmann.** Oberrhein. Aerztetag. 7. VII. 10. (Ref. Münch. med. Woch. 1910. Nr. 44.)

Ueber die sogen. Osgood-Schlattersche Erkrankung. Vorkommen bei Jünglingen zwischen 12. und 14. Lebensjahr, meist nach Traumen. Ursache Störung in der Ossifikation der Tuberositas tibiae, die aus mindestens 2 Ossifikationspunkten zusammenwächst. Bei Abriss ist der zungenförmige Fortsatz abgehoben, bei Schlag, Stoss oder Fall tritt eine Zersplitterung mit mehreren Fragmenten ein. Verf. wendet sich gegen die entzündliche Genese der Erkrankung. **Hohmann**-München.

94) **Schanz.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 8. X. 1910. (Ref. M. M. W. 1910. Nr. 48.)

Ostitis fibrosa tibiae. Es bestand Verbiegung der Tibia nach vorn und aussen. In beiden Fällen gingen alle Erscheinungen der Erkrankung unter dem Gebrauch eines entlastenden Schienenhülsenapparates zurück.

Hohmann-München.



der Längsextension. — 12) **Derry**, Luxation der Halswirbelsäule. — 13) **Schnee**, Neue Massagemethode. — 14) **Plate** u. **Quiring**, Spondylitis deformans im Tierreich. — 15) **Poncet** et **Leriche**, Entzündliche Tuberkulose und Skoliosis. — 16) **Kausch**, Resektion der Lendenwirbelkörper. — 17) **Haenisch**, Periarthritis humeroscapularis mit Kalkeinlagerung. — 18) **Glaessner-Milavec**, Epikondylusfrakturen des Humerus. — 19) **Wolf**, Traumatische Epiphysenlösung. — 20) **Hirsch**, Fraktur des Os naviculare carpi. — 21) **Charles-Barrett-Lockwood**, Amputation der Hüfte und Schulter. — 22) **Drehmann**, Angeborene coxa vara. — 23) **Grashey**, Coxa vara retroflexa traumatica. — 24) **Neuber**, Tuberkulöse Coxitis. — 25) **Mencière**, Behandlung der Coxalgie. — 26) **Vulpius**, Indicatio morbi und Indicatio orthopaedica. — 27) **Lorenz**, Behandlungsmethode der Coxitis. — 28) **Hannemüller**, Ludloff'sches Symptom bei der isolierten Abrissfraktur des Trochanter minor. — 29) **Buccheri**, Angeborene Hüftgelenksluxation. — 30) **Stoffel**, Behandlung der Glutaeuslähmungen. — 31) **Blum**, Behandlung der Ischias. — 32) **Wissner**, Luxationen im Kniegelenk mit Verletzung der Arteria poplitea. — 33) **Staffel**, Ischias scoliotica. — 34) **Klug**, Ischiasbehandlung. 35) **Leber**, Ischias und Heilerfolge durch die „Injektionstherapie". 36) **Ely**, Tuberkulose des erwachsenen Kniegelenks. — 37) **Müller**, Behandlung der Knieversteifung. — 38) **Perrin**, Genu varum. — 39) **Kramer**, Genu recurvatum. — 40) **Kuchendorf**, Drei Fälle von Längsbrüchen der Kniescheibe. — 41) **Chevrier**, Nagelung einer Fraktur des Condylus ext. der Tibia. — 42) **Kuh**, Juvenile Verletzungen der Tuberositas tibiae. — 43) **Fritsch**, Tibia en lame de sabre. — 44) **Clairmont**, Blutige Einrichtung der Unterschenkel- und Vorderarmbrüche. — 45) **Ludloff**, Tibiafissuren der kleinen Kinder. — 46) **Rolando**, Ueber blutige Eingriffe bei Unterschenkelfrakturen. — 47) **Els**, Abrissfraktur des Tibialis-anticus-Ansatzes. — 48) **Bibergeil**, Inkonstante Skelettstücke am Fusse. — 49) **Knoke**, Luxatio pedis sub talo nach innen. — 50) **Grunert**, Luxationen im Lisfranc'schen Gelenk. — 51) **Grunert**, Bruch des processus posterior tali. — 52) **Schanz**, Orthopädische Behandlung der Fussgelenkstuberkulose. — 53) **Feiss**, Messung des Fusses. — 54) **Fränkel**, Behandlung von Fussdeformitäten. — 55) **Reclus**, Talalgie. — 56) **Cesas**, Pathogenese der Pternalgie. — 57) **Levy**, Mal perforant du pied. — 58) **Greggio**, Diagnose des Mal perforant du pied. — 59) **Mauclaire**, Nervenanastomose bei Mal perforant. — 60) **Haudek**, Angeborener Klumpfuss beim Neugeborenen und Säugling. — 61) **Ghilli.i**, Orthopädische Chirurgie des Klumpfusses. — 62) **d'Agata**, Behandlung des angeborenen Pes equino-varus nach dem Pascaleverfahren. — 63) **Riedinger**, Redressionsapparat für Klumpfüsse. — 64) **Haglund**, Weichteilplastik bei Klumpfussredression. — 65) **Milo**, Mechanismus des Plattfussprozesses. — 66) **Bardenheuer**, Der statische Pes valgus und valgoplanus. — 67) **Ewald**, Ueber den Knick und Plattfuss — 68) **Muskat**, Plattfuss im Röntgenbilde. 69) **Simon**, Schmerzende Füsse der Rekruten. — 70) **Hertle**, Ausschaltung der Achillessehne beim schweren Plattfuss.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 71) **Ahrens**, Osteochondritis luetica. — 72) **Knöpfelmacher**, Skelettprozess toxischer Natur. — 73) **Axhausen**, Kritisches und Experimentelles zur Genese der Arthritis deformans. — 74) **Codivilla**, Therapie der Pseudarthrose. — 75) **Virnicchi**, Nervenplastik. — 76) **Hirsch**, Parrotsche Pseudoparalyse. — 77) **Guradze**, Spinale Kinderlähmung — 78) **Fuchs**, Scoliosis hysterica. — 79) **Codivilla**, Operation nach Förster. — 80) **Rothschild**, Ueber funktionelle Heilung der Kukullarislähmung. 81) **Brückner**, Congenitale Missbildung. 82) **Hirtz**, Angeborener Schulterblatthochstand. — 83) **Laserstein**, Schultergelenkstuberkulose. — 84) **Preiser**, Bursitis subdeltoidea und subacromialis. — 85) **Schanz**, Ankylose des Ellenbogens. — 86) **Hirtz**, Ischämische Kontraktur nach Vorderarmbruch. — 87) **Guradze**, Kongenitaler Femurdefekt. — 88) **Weigert**, Hüftluxation. — 89) **Röpke**, Behandlung kongenitaler Hüftluxationen. — 90) **Schanz**, Die habituelle Luxation der Kniescheibe — 91) **Guradze**, Resektion eines tuberkulösen Kniegelenks. 92) **Reichard**, Angeborener Totaldefekt der Tibia. — 93) **Holdmann**, Ueber die sogen. Osgood-Schlatter'sche Erkrankung. — 94) **Schanz**, Ostitis fibrosa tibiae.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15. einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. **April 1911.** **Heft 4.**

Zur Stellung der Orthopädie in der Medizin.

Von

Dr. WILHELM SCHULTHESS, Zürich,

(Rede bei der Erteilung des Preises Umberto I durch das Istituto Rizzoli am 5. Febr. 1911 in Bologna.*)

Hochangesehene Versammlung!

Ich spreche an klassischer Stätte, in dem Lande, das in jahrtausende langer Kultur Kunst und Wissenschaft gepflegt hat.

Die Sage berichtet, dass Archimedes über dem Studium seiner in den Stand gezeichneten Figuren erschlagen worden ist. Ein Bild, wie trotz aller Ungunst äusserer Verhältnisse, trotz Krieg und Kriegsgeschrei, trotz beständiger Umwälzungen, Italien zu allen Zeiten Männer hervorgebracht hat, die, unbekümmert um die sie umgebende Welt, von Liebe zur Wissenschaft getrieben, ihr Leben der Erforschung ewiger Wahrheiten gewidmet haben, Männer, deren Namen in die Geschichte der Wissenschaften unauslöschlich eingezeichnet und insbesondere mit den höchsten Errungenschaften der Naturwissenschaft und Heilkunde verknüpft sind.

*) Wegen Erkrankung an Influenza konnte der Preisgewinner nicht persönlich in Bologna erscheinen. Die Rede wurde von Herrn Prof. Pizzo-Zürich ins Italienische übersetzt, von Dr. Putti an der Versammlung vorgetragen.

Die Stiftung Umberto I ist vom Consiglio der Provinz Bologna zu Ehren des Andenkens des unglücklichen Königs errichtet und dem Institut Rizzoli übergeben worden. Aus ihrem Erträgnis soll einerseits die Bibliothek des Institutes geordnet werden, ein anderer Teil dient zur Erteilung eines Preises alle 5 Jahre für die beste Arbeit oder Erfindung auf dem Gebiete der Orthopädie in internationaler Konkurrenz.



Nachdem einmal die Heilkunde noch zu Zeiten der römischen Republik von Griechenland nach der italienischen Halbinsel verpflanzt worden war, hat sie dort bald festen Fuss gefasst und, nachdem der Glanz von Rom erloschen war, schlug sie da und dort in Italien ihr Zelt auf. Ich nenne nur Salerno, Bologna, Padua.

Welch' hervorragende Rolle Bologna zukam, mit seiner Universität, die schon im Anfang des 12. Jahrhunderts eine medizinische Fakultät hatte, ist bekannt. Eine Reihe der berühmtesten Chirurgen und Anatomen haben hier gelehrt. Und wenn auch die Wellen der Entwicklung der Heilkunde in andere Länder hinüberschlugen, so liessen es sich die grössten Lehrer auswärtiger Hochschulen doch nicht nehmen, zeitweise auch hier ihre Vorträge zu halten.

Das grosse Verständnis, welches heute noch den wissenschaftlichen Bestrebungen in dieser Stadt entgegengebracht wird, beruht wohl nicht zum geringsten auf dieser Jahrhunderte alten Tradition.

Hochangesehene Versammlung!

Die Beschäftigung mit einem jungen Zweig unserer medizinischen Wissenschaft hat mir die hohe Ehre und die Gelegenheit verschafft, an dieser Stelle zu Ihnen sprechen zu können. Gestatten Sie mir, Ihnen mit einigen Worten meine Ansichten über unsere Spezialwissenschaft — die Orthopädie — mitzuteilen.

Meine Darlegungen werden Ihnen zeigen, wie sehr ich die Erfolge, welche darin hier nach allen Richtungen erzielt worden sind, zu schätzen weiss und wie sehr ich wünschen möchte, dass das Beispiel von Bologna in der wissenschaftlichen Welt Nachahmung fände.

Die Geschichte der Medizin der letzten Jahrhunderte lehrt, dass das, was in der Heilkunst rein manuelle, technische, meist von Laien ausgeübte Hülfeleistung war, erst allmählich in die Hand des Arztes übergegangen ist.

So hat sich unter Zurückdrängung der philosophierenden, scholastischen Medizin die Chirurgie aus der Praxis der früher mehr verachteten Wundärzte entwickelt.

Aehnlich, aber viel später, bildete sich die Orthopädie aus.

Seit Andry, einem französischen Arzte aus der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts, wurde „die Kunst, bei Kindern die Ungestaltheit des Körpers zu verhüten und zu verbessern", Orthopädie genannt.

Nach und nach aber wurden alle Behandlungsmethoden, welche sich technischer Hülfsmittel bedienten und irgend eine mechanische Einwirkung auf die Formgestaltung des menschlichen Körpers haben



sollten, auch die schon im grauen Altertum zu Heilzwecken verwendete Gymnastik und Massage, mit zur Orthopädie gerechnet.

So grenzte sich allmählich eine hauptsächlich durch die Art ihrer Behandlung mehr oder weniger deutlich charakterisierte Gruppe von Krankheiten ab, die als orthopädische bezeichnet wurden. Die Orthopädie wurde der Hauptsache nach die Heilwissenschaft der Verkrümmungen des menschlichen Körpers.

Zur Ausübung einer Praxis, die sich der eben genannten Mittel bediente, waren die Aerzte zu vornehm, noch in erhöhtem Masse und länger als bei der ausschliesslich das Messer benutzenden Chirurgie.

Dieses ablehnende Verhalten erhielt sich umso hartnäckiger, als eine mechanische Betrachtungsweise der Heilprobleme bei den meisten Aerzten entweder aus Mangel an der hierzu nötigen Ausbildung oder Begabung weder bekannt noch sehr beliebt war. Die Behandlung der orthopädischen Kranken wurde immer wieder Laien überlassen. Der Arzt beschränkte sich darauf, einige grundsätzliche Ratschläge zu erteilen und gewisse Begleiterscheinungen zu behandeln; das Detail, das allein Aufschluss geben konnte, kümmerte ihn nicht. Daneben aber suchten Bandagist, Turnlehrer und Masseur schlecht und recht, so gut es ihrem Wissen und Können entsprach, Erfolge zu erzielen.

Viele dieser Techniker brachten es sehr weit und haben als erfinderische Köpfe und gute Beobachter oft mehr Gutes gestiftet, als ein mit der Technik und Mechanik nicht vertrauter, unpraktischer Arzt.

So lagen die Verhältnisse im vorigen Jahrhundert, bis gegen das Jahr 1880.

Freilich gab es auch schon im 18. Jahrhundert vereinzelte ärztlich geleitete orthopädische, weitberühmte Anstalten, besonders in Frankreich. Aber erst in dem genannten Zeitpunkt begann eine grössere Bewegung zu Gunsten der Orthopädie. Nicht nur darin zeigte sich jetzt das vermehrte Interesse an dem neu zu erschliessenden Gebiet, dass eine Anzahl genialer Chirurgen einzelne Krankheitsbilder zum Gegenstande ihrer Studien machten oder dass sie in der Konstruktion von technischen Hülfsapparaten erfinderisch tätig waren, sondern mehr und mehr traten Aerzte auf, welche nach dem Vorbilde jener alten Anstalten die Orthopädie zu ihrer Lebensaufgabe machten.

Jetzt endlich brach sich in weiten Kreisen die Ueberzeugung



Bahn, dass auch die mechanische Behandlung ernster Forschung wissenschaftlich gebildeter Männer würdig und bedürftig sei.

Durch Uebertragung der Fortschritte der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften und speziell der Chirurgie auf das Gebiet der Orthopädie, durch die Einführung besserer Beobachtung, Darstellung, Messung der Deformitäten und Feststellung ihrer Ursachen, durch Registrierung und statistische Gruppierung der Resultate, wurde die Weiterentwicklung der neu aufblühenden Disziplin gefördert.

Weil die sogenannten orthopädischen Krankheiten eigentlich keine Krankheiten sind, sondern Symptome, Folgezustände von Krankheiten, so muss der Orthopäde seine Spezialstudien auf breiter Basis aufbauen. Denn ganz verschiedene Zustände erzeugen oft ganz ähnliche Formfehler, oder Bewegungsstörungen. (Ich begnüge mich mit der einzigen Angabe, dass wir heute nach den Ursachen mindestens 25 Arten von Rückgratsverkrümmungen unterscheiden.)

Die Behandlung nahm dadurch einen ganz anderen Charakter an. Die rein mechanischen Mittel mussten internen, chirurgischen Methoden Platz machen. Auch die prophylaktischen, vorbeugenden Massregeln kamen mehr zu Ehren.

Die Gründung orthopädischer Zeitschriften in Italien, Frankreich, Deutschland, die Heransgabe von Lehrbüchern sorgte für die Verbreitung des Wissenswerten auf dem neu erschlossenen Gebiet.

Es fehlten auch nicht schüchterne Versuche, die Orthopädie zum Gegenstand akademischer Tätigkeit zu machen. Manche medizinische Fakultäten erteilten die venia legendi auf Grund orthopädischer Arbeiten.

So wurde die Orthopädie in wenigen Jahrzehnten ein ausgedehntes, medizinisches Spezialfach.

Ganz besonders näherte sie sich dadurch wieder der Chirurgie, dass für manche, teilweise als unheilbar geltende Leiden, die früher nur in ungenügender Weise mechanisch behandelt werden konnten, die angeborene Hüftluxation, die Fussdeformitäten, die Lähmungen, blutige und unblutige chirurgische Eingriffe erfunden wurden, welche die Resultate teilweise bis zur Heilung verbesserten oder die Behandlung wesentlich abkürzten.

Aber während dieses Siegeslaufes lief die junge Disziplin Gefahr, ihren inneren Zusammenhang zu verlieren.

Es kann nicht verschwiegen werden, dass in dem gewaltigen Aufschwung, welchen die Orthopädie durch die ausgedehnte Einführung chirurgischer Eingriffe genommen hatte, die Pflege der rein mechanischen Methoden, die Anwendung der Portativapparate und

die Ausbildung derjenigen Methoden, die man unter dem Begriffe der Heilgymnastik zusammenzufassen pflegte, an manchen Orten, wenn nicht in Vergessenheit gerieten, so doch nicht in gebührendem Masse gepflegt wurden. Wenigstens gilt das für Deutschland.

Die Folge davon war eine in den letzten Jahren stets wachsende Bewegung unter den deutschen Turnlehrern, welche darauf hinzielte, die Behandlung der Skoliose in die Schule und in ihre Hand zu bringen.

Nicht zum mindesten hat zu dieser Bewegung die unzweckmässige und allzu ausgedehnte Ausbildung heilgymnastischer Gehilfinnen gerade auf dem Gebiete der Skoliosenbehandlung Veranlassung gegeben.

Verschiedene der oben erwähnten Operationen sind infolge ihrer guten Durchbildung Gemeingut der Chirurgen geworden und erweckten den Glauben, die Orthopädie sei überhaupt der allgemeinen Chirurgie beizuordnen. Die in den letzten Jahrzehnten gefestigte Umgrenzung ihres Gebietes, wonach die Orthopädie als Lehre von der Erforschung und Behandlung der Deformitäten des Knochengerüstes bezeichnet werden musste, kam ins Wanken.

Von dem einen extremen Lager wurde sie als die Chirurgie des Bewegungsapparates bezeichnet, die Chirurgie der Knochen und Muskeln.

Andere, vor allem auch die Mehrzahl der deutschen chirurgischen Kliniker, wollten sie als die Wissenschaft der rein mechanischen Heilmethoden aufgefasst wissen und betrachteten die Beschäftigung der Orthopäden mit den Operationen an den Gelenken, den Knochen, den Muskeln und Nerven als Uebergriffe.

Sie bekämpften die Errichtung selbständiger orthopädischer Abteilungen an den chirurgischen Spitälern und Kliniken und die Schaffung selbständiger Lehrstühle der Orthopädie.

Aber trotz aller gegenteiliger Auffassungen, trotz aller Schwankungen ist die Orthopädie der Hauptsache nach doch geblieben, was sie war, die Lehre von der Erforschung und Behandlung der Deformitäten. Dagegen ist sie in der Behandlung der Ursachen und in der Wahl ihrer Mittel weitergegangen und hat sich die Auswahl gewahrt aus dem ganzen Schatz der Heilmittel, der der übrigen Medizin zu Gebote steht.

In erhöhtem Masse hat sie sich der Funktionsstörungen des Bewegungsapparates angenommen. Das ist ihr eigenstes Gebiet und wird es bleiben. Denn was die Orthopädie vor den anderen medizinischen Disziplinen auszeichnet, ist die weitgehende Berücksichtigung der Mechanik des menschlichen Körpers.

Nun lassen Sie mich noch einen Augenblick bei der Frage verweilen: Hat die Orthopädie als praktisch medizinisches Spezialfach und akademisch medizinisches Lehrfach eine Berechtigung?

Für die praktische Seite hat die Zeit längst entschieden. — Während vor 100 Jahren nur vereinzelte Institute zur Behandlung orthopädischer Leiden vorhanden waren, hat sich die Zahl dieser Institute und Spezialärzte besonders gegen das Ende des vorigen Jahrhunderts und noch in den letzten zehn Jahren, vor allem in Italien und Deutschland, wellenartig gesteigert.

Das Publikum kennt die orthopädischen Leiden und sucht den Spezialarzt auf. Die Abtrennung des Gebietes von den übrigen Gebieten der Medizin wird von ihm als ein Bedürfnis empfunden.

Der orthopädische Spezialarzt existiert also, und für die praktische Seite des Faches ist die Frage der Abtrennung von der übrigen Medizin in positivem Sinne entschieden.

Auch in der Organisation der Anstalten spricht sich die Trennung deutlich aus.

Die neuen orthopädischen Anstalten sind im Gegensatz zu den chirurgischen Spitälern darauf eingerichtet, ihre Kranken lange Zeit zu verpflegen. Sie verbinden mit einer chirurgischen Krankenhauseinrichtung das ganze Arsenal technischer und maschineller Ausrüstung.

Darin ist Italien vorausgegangen mit dem Istituto Rhachitici in Mailand und dem Istituto Rizzoli.

Die grosse Bewegung für die Krüppelfürsorge, die durch die denkwürdige statistische Arbeit Biesalskis einen neuen Impuls erfahren hat, hat im Krüppelheim einen Anstaltstypus geschaffen, der Behandlung, Erziehung und Berufsbildung umfasst.

Wie verhält es sich nun mit der akademischen Stellung der Orthopädie?

Im Gebiete der Therapie ist eine Haupttätigkeit des Orthopäden die genaue Umschreibung der mechanischen Aufgabe im Heilproblem, auf Grund einer auf der physiologischen Mechanik aufgebauten mechanischen Diagnostik. Selbstverständlich unter weitgehendster Berücksichtigung der Ursachen und des Allgemeinzustandes.

Das bedingt eine andere Auffassung als diejenige des Allgemeinchirurgen, der seiner Erziehung gemäss unwillkürlich die Operation in erste Linie stellen wird. Der Orthopäde dagegen braucht



einen besondern Ausbau des mechanischen Momentes in Beobachtung, Diagnostik, Indikationsstellung und Durchführung der Behandlung. Das bedingt wiederum, dass der lehrtätige Orthopäde auf einem bestimmten Gebiete weitgehende Spezialstudien macht und dass ihm in der Behandlung das operative Vorgehen nicht ohne weiteres in erster Linie steht, sondern dass er dasselbe seinem Heilplane unterordnet.

Er muss demnach neben den notwendigen chirurgischen Eingriffen auch die Bewegungsbehandlung, die Massage und die Handhabung der Portativapparate beherrschen. Er muss genügend Zeit haben, um sich auch in diese Disziplinen praktisch und theoretisch vollständig einzuarbeiten.

Alles das beweist aber, dass sich kaum ein Mann finden wird, der neben der allgemeinen Chirurgie als Lehramt und praktische Tätigkeit die Fähigkeit und Zeit haben wird, auch in der Orthopädie dasjenige zu leisten, was man von einem Universitätslehrer verlangt. Denn hierzu gehört selbstverständlich, dass er auf seinem Gebiete auch als Forscher tätig ist.

Unserer Auffassung nach ist demnach die Persönlichkeit des Orthopäden als akademischer Lehrer zu trennen von der Persönlichkeit des Chirurgen als akademischer Lehrer.

Nun noch die Frage: Ist der Unterricht in der Orthopädie für den jungen Mediziner notwendig?

Die orthopädischen Leiden sind ungemein verbreitet. Zwei grosse Volkskrankheiten, Rhachitis und Tuberkulose, erzeugen massenhaft Deformitäten. Man denke weiter an die übrigen Formen von Rückgratsverkrümmungen, Folgezustände der Kinderlähmung, Lähmungen aus anderen Ursachen, Plattfuss, Klumpfuss, angeborene Hüftausrenkung, die Unzahl angeborener Fehler des Skelettsystems, Unfallfolgen. — Auf Schritt und Tritt begegnen sie dem Praktiker, der unbedingt eine Uebersicht über alle diese orthopädischen Leiden und ihre Ursachen haben muss.*)

*) Anmerkung: Man denke sich nur, was die Versäumnis einer frühzeitigen Diagnose bei Hüftluxation, Skoliose, Spondylitis für unendlichen Schaden stiftet. — Es wäre auch dringend wünschenswert, dass einmal die Lehre vom Auswachsen der Skoliose verschwinden würde, dass die Ansichten über die angebliche Unmöglichkeit einer frühzeitigen Behandlung des Klumpfusses, das Unnütze und Schädliche der blutigen, operativen Behandlung bei der übergrossen Mehrzahl der Klumpfüsse und vieles Andere mehr Allgemeingut der Aerzte würde. — Das wird alles noch lange nicht kommen, wenn die Orthopädie nicht Lehrfach wird. —



Eine Stelle an der Universität, an welcher ihm ein entsprechender Unterricht geboten wird, ist ein dringendes Bedürfnis.

Gewiss sollen und können manche von diesen Leiden in der chirurgischen Klinik kurz besprochen werden, aber der Medizin-Studierende soll in den höheren Semestern doch Gelegenheit haben, ein Spezialkolleg oder eine Spezialklinik oder -Poliklinik über Orthopädie zu hören, damit er die einschlägigen Krankheitsbilder in genügender Zahl sehen kann.**)

Man wird mir entgegnen, dass die Medizin-Studierenden mit Vorlesungen so überhäuft sind, dass sie unmöglich noch den Unterricht in diesen und anderen Spezialfächern mitnehmen können.

Das ist heutzutage wahr. Aber *ebenso wahr ist es, dass sich im allgemeinen die Universitäten in ihren Studienordnungen, der dringenden Forderung der Neuzeit für die Spezialfächer den nötigen Platz zu schaffen, noch nicht angepasst haben.* Das blieb bis jetzt der Zeit nach dem Examen vorbehalten.

Hierin ist aber in nächster Zeit Abhilfe zu erwarten.

Man wird mir ferner entgegnen, es sei nicht Sache der Universitäten, den jungen Mediziner in Spezialfächer einzuführen und ihm dadurch die Zeit zur gründlichen Ausbildung in den grundlegenden Fächern zu verkürzen. Die jungen Aerzte sollen nicht Virtuosen auf einem Spezialgebiet werden.

Darauf habe ich zu erwidern, dass dann, wenn die Orthopädie an die chirurgischen Kliniken verpflanzt wird, die Gefahr naheliegt, dass der Kliniker seinen Schülern nur die gangbarsten orthopädischen Operationen demonstrieren kann, den langwierigen Gang dagegen der gesamten Behandlung, das zweckmässige Aneinanderreihen der einzelnen Eingriffe, den Wechsel der verschiedenen Behandlungs-Methoden beim einzelnen Fall wird er ihnen nicht vorführen können. Dazu bedarf es eben der oben skizzierten Anstalten mit grosser Bettenzahl und der nötigen technischen Ausrüstung.

An der Hand solcher Anstalten wird der Orthopäde, der hier zugleich der verantwortliche Arzt ist, als Lehrer, wenn er zugleich als gründlicher Forscher auf seinem Gebiete arbeitet, viel leichter den jungen Mediziner in das ganze Gebiet und seine soziale Bedeutung einführen können, ohne sich in kleinen Virtuositäten zu verfangen und zu verlaufen. Er wird ihm zeigen, wie weit er persönlich seinen Kranken helfen kann und wann er ihm andere Wege

**) Ein zweistündiger Kurs würde dafür genügen.

weisen muss. Der Orthopäde als Lehrer steht zwischen dem Chirurgen und dem Kinderarzt und füllt hier eine fühlbare Lücke aus.

Ich komme zum letzten Punkte, der es dringend wünschenswert macht, dass der Orthopädie an den Universitäten eine Stätte bereitet werden soll.

Die Universitäten haben die Pflicht, für die Ausbildung und Hebung der Wissenschaft alles Mögliche zu tun!

Wenn aber der Orthopädie durch Unterordnung ihrer Vertreter unter die Leiter der chirurgischen Kliniken die Selbstständigkeit genommen wird, so wird ihre Entwicklung Schaden leiden. Es werden sich dann nur Leute zweiten und dritten Ranges für dieses Spezialfach interessieren, ganz abgesehen davon, dass die rein chirurgische Richtung alsdann in den Vordergrund tritt und dass gerade die Gebiete, deren wissenschaftliche Vertiefung und Durchbildung nicht vollendet sind, zurückgedrängt werden.

Wo bleibt da der Begriff der alma mater?

Schliesslich sollen doch auch Stellen geschaffen werden, an welchen die Spezialärzte, die Schulärzte, die zukünftigen chirurgischen Kliniker das lernen können, was sie von der Orthopädie kennen müssen. Verschliessen sich die Universitäten dieser Forderung, so wird die ganze Bewegung der Privatspekulation in die Arme getrieben, und das wäre zu bedauern.

Es ist eine unnütze Mühe, sich über die Grenzen der Orthopädie und der Chirurgie zu streiten. Mannigfach gehen die Gebiete ineinander über. Der Orthopäde muss vom Chirurgen lernen und umgekehrt. Sie sollen als Freunde miteinander am Ausbau der jungen Wissenschaft arbeiten. Von welcher Seite der Fortschritt kommt, ist gleichgiltig; er wird dann am grössten sein, wenn von der einen Seite die scharfe Begrenzung der mechanischen Aufgabe und von der andern Seite das kühne Messer in den gemeinsamen Dienst des grossen Zweckes gestellt werden.

Aber das darf sich der zukünftige Spezialarzt auf unserem Gebiete nicht nehmen lassen, dass er persönlich alles durchführt, was zur Heilung der bei ihm Hülfe suchenden dient.

Hochangesehene Versammlung! Sie verwundern sich jedenfalls darüber, dass ich hier die Berechtigung eines Programmes zu beweisen suche, welches Sie hier im Istituto Rizzoli vor ihren Augen verwirklicht sehen.

Ein blühendes Institut unter der Leitung eines hervorragenden Vertreters der Orthopädie, unseres hochverehrten Codivilla.

Es vertritt die praktischen Interessen der Orthopädie in aus-

gedehnter Weise. Es hat eine ganze Aussaat von tüchtigen Schülern über ganz Italien verbreitet und hat im Verein mit der grossen Schwesteranstalt, dem Istituto Rhachitici in Mailand unter der Leitung von Galeazzi das Spezialfach auf eine Höhe gehoben, dass wir heute von einer Orthopedia italiana sprechen müssen. Sein Leiter ist Professor der Orthopädie an der Universität, und die Anstalt ist Universitätsklinik und -Poliklinik.

Das Institut ist in Bezug auf praktische Leistung und akademische Stellung das beste und vollständigste. Die wenigen selbständigen deutschen orthopädischen Lehrstühle entbehren bis jetzt noch der so nötigen klinischen Einrichtung und der nötigen Anzahl Betten.

In München ist seit kurzer Zeit eine Universitätspoliklinik mit einer geringen Bettenzahl vollendet. Diese kleine Abteilung steht mit der grossen Krüppelanstalt in Verbindung, deren Neubau allerdings eine grosse klinische Station, aber keine Zugehörigkeit zur Universität erhalten wird. — In Berlin verfügt der dortige Professor der Orthopädie nicht über Betten.

Allerdings konnte auch an keinem der genannten Orte ein so herrliches Institut zu Lehrzwecken zur Verfügung gestellt werden wie hier, und dadurch erscheint uns das Verdienst des unvergesslichen Stifters dieser Anstalt in noch hellerem Lichte. Man wird an das Beispiel jenes grossen Italieners errinnert, des Anatomen Fabricius ab Acqua Pendente, der zu Ende des 16. Jahrhunderts in Padua ein anatomisches Institut auf eigene Kosten erstellt und darin seine Vorlesungen gehalten hat.

Aber auch die medizinische Fakultät und die zuständigen Behörden von Bologna haben sich dadurch ein Verdienst erworben, dass sie in weitsichtiger Erfassung der Sachlage die Gelegenheit benutzt und die Professur für Orthopädie geschaffen haben. Dadurch ist die Universität Bologna die Vorkämpferin auf dem Gebiete der akademischen Stellung, eine Hochburg der Orthopädie geworden.

Unsere höchste Bewunderung erregt aber die Stiftung Umberto I. Der Consiglio der Provinz Bologna, eine Laienbehörde, hat das Andenken eines edlen unglücklichen Königs durch diese Stiftung geehrt. Die Zweckbestimmung derselben, Oeffnung der Bibliothek und Erteilung eines Preises für eine orthopädische Arbeit alle 5 Jahre zeigt, wie ungewöhnlich tief das Interesse und das Verständnis für die Entwicklung der Wissenschaft, und speziell dieses Zweiges, in dieser Stadt eingewurzelt ist.

Ich komme zum Schlusse.



Zum zweiten Mal ist der Preis Umbertos I. einem Arzte ausserhalb Italiens verliehen worden, ohne Rücksicht auf die Grenzen der Nation.*)

Ich spreche dem Institut Rizzoli und den Herren vom Preisgericht**) meinen tiefgefühltesten Dank aus für die wohlwollende Beurteilung meiner Arbeit.

Das Institut Rizzoli hat den Saal, in dem meine Apparate für Skoliosebenhandlung aufgestellt sind, „Sala Schulthess" getauft. Auch für diese mir erwiesene Ehre meinen herzlichsten Dank.

Und weiter danke ich ganz besonders im Namen aller derjenigen, die die Orthopädie als Wissenschaft betreiben und hochhalten, dem Institut Rizzoli, der medizinischen Fakultät und der Universität und den Behörden von Bologna für die Sympathie, Umsicht und grossartige Unterstützung, mit welcher sie die orthopädische Wissenschaft gefördert haben.

Handbuch der Unfallerkrankungen einschliesslich der Invalidenbegutachtung von Geh. Sanitätsrat Prof. **Thiem**-Cottbus. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage. Zwei Bände, II. Band 2. Teil, mit 114 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1910, F. Enke, Preis 23 Mark.

Das monumentale Werk hat nunmehr seinen Abschluss gefunden, der Verfasser, unser verehrter „Unfallvater", hat sich damit ein dauerndes Denkmal gesetzt, der deutschen Aerzteschaft ein ungemein wertvolles Geschenk gemacht und für die Handhabung unserer sozialen Gesetzgebung Unvergängliches geleistet. Alle, die aktiven und passiven Anteil an der deutschen Unfallversicherung haben und die Versicherten gewiss nicht in letzter Linie müssen sich dem praktisch wie wissenschaftlich unermüdlich tätigen Verfasser und auch seinen Mitarbeitern zu Dank verpflichtet fühlen.

Der vorliegende letzte Band beginnt mit einem 50 Seiten starken Literaturverzeichnis, behandelt weiter in mustergültiger, erschöpfender Weise die Verletzungen und Erkrankungen der einzelnen Körperteile in nicht weniger als 44 Druckbogen und endet mit einem sehr eingehenden Sachverzeichnis des Gesamtwerkes (70 Seiten). Dieser letzte Band gerade muss auf dem Schreibtisch jedes in Unfallsachen tätigen Arztes liegen als willkommener Ratgeber bei den alltäg-

*) Der erste Preisgewinner vor 5 Jahren war Prof. Vulpius-Heidelberg (Verf.).

**) Prof. Codivilla-Bologna, Prof. Kirmisson-Paris, Prof. Vulpius-Heidelberg.



lichen Schwierigkeiten in der Beurteilung von Unfallfolgen, es bildet aber auch eine unentbehrliche Grundlage für alles Weiterarbeiten auf diesem Gebiet. **Vulpius**-Heidelberg.

Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. Herausgegeben von Payr und Küttner. Berlin, Julius Springer.

I. Band mit 148 Textabbildungen und 4 Tafeln Preis 20 Mark.

II. Band mit 131 Textabbildungen und 9 Tafeln Preis 15 Mark.

Dem Kliniker wie dem praktischen Arzt ist es heute nur durch zeitraubende Arbeit möglich, aus der litterarischen Hochflut alles für eine aktuelle Einzelfrage Wichtige herauszufinden und derart zu kombinieren, dass er einen Ueberblick, eine eigene Urteilsbildung gewinnen kann. Und doch bedarf er derselben bei dem raschen Fortschreiten des Wissens und Könnens gerade auf dem Gebiet der Chirurgie und Orthopädie.

Es entspricht darum das neue literarische Unternehmen gewiss einem täglich und dringlich empfundenen Bedürfnis: Kritische Sammelreferate über völlig neue oder in neuer Entwicklung begriffene Gebiete der Chirurgie und Orthopädie werden von Fachleuten gegeben, welche sich an der Förderung gerade dieser Gebiete besonders beteiligt haben.

Was die zwei ersten Bände bieten, bedeutet bereits eine sehr erfreuliche Verwirklichung des Arbeitsplanes. Wir werden die für den Orthopäden wichtigen Arbeiten in unserem Blatt stets erwähnen und aus ihnen all dasjenige berichten, was neue Gesichtspunkte und Wege eröffnet.

Für den Orthopäden ist es erfreulich, dass Chirurgie und Orthopädie hier unter einem Dach, aber je in selbständigem Haushalt nebeneinander wohnen und zusammen arbeiten. Es bedeutet dies doch eine Anerkennung der neuerdings von chirurgischer Seite bestrittenen Existenzberechtigung der Orthopädie.

Vulpius-Heidelberg.

---

1) **G. Friedel** (Stendal). Defekt der Wirbelsäule vom 10. Brustwirbel an abwärts bei einem Neugeborenen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 93, H. 4.)

Dieser Defekt fand sich bei einem in Steisslage geborenen, 5. Kinde einer Frau. Die Beine des Kindes waren in Hüft- und Kniegelenken in Flexion fixiert. Beim Herabholen des einen Beines entstand ein tiefer Einriss in der Kniebeuge, der durch Arrosion



der V. poplitea am 3. Tage zum Exitus führte. Die Wirbelsäule war nur bis zum 10. Brustwirbel vorhanden, der am stärksten entwickelt und kaudal knöchern verschlossen war. Beiderseits nur 11 Rippen. Knöchern verwachsen sind die 11. Rippen, die Darmbeinschaufeln und die Spinae ischiadicae. Zwischen 6. und 7. Wirbelkörper endet das Rückenmark mit einem stumpfen Kegel, daran schliesst sich das 20 mm lange Filum terminale. Die untere Körperhälfte ist im Wachstum zurückgeblieben.

Verf. nimmt nach der Theorie von Lebedeff eine Knickung der Längsachse des Embryo in der Höhe des Bauchstieles an, entstanden spätestens in der 3. Lebenswoche. Morphologisch steht der Fall den Sirenen am nächsten, die ebenfalls Missbildungen der unteren Körperhälfte aufweisen. **Zander**-Heidelberg.

2) **Voss.** Ueber angeborene Spaltbildungen der Wirbelsäule. (Diss. München. 1910.)

V. unterzieht die einzelnen Formen der Spaltbildungen einer genaueren Betrachtung und beschäftigt sich dann noch in Kürze mit der Frage der Aetiologie, in der bekanntlich noch die grösste Meinungsverschiedenheit herrscht. Im Anschluss hieran teilt er dann noch einen in der Münchener chirurgischen Poliklinik mit Erfolg operierten Fall von Myelomeningocele mit. Auf Grund dieses Falles und eingehender Literaturstudien ist er der Ansicht, dass alle Formen der zystischen Spina bifida operabel sind, bei denen nicht so hochgradige Ausfallserscheinungen von seiten des Nervensystems bestehen, dass das mühsam für einige Zeit durch die Operation erhaltene Leben eher für eine Qual als für einen Gewinn anzusehen ist. **Blencke**-Magdeburg.

3) **Jansen** (Leiden). Der Einfluss der respiratorischen Kräfte auf die Form der Wirbelsäule. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 25, S. 734.)

Die Form der Wirbelsäule wird nach J.s Untersuchungen dadurch bestimmt, dass die Zugspannung der Atmungsorgane eine kyphotische Biegung der Brustwirbelsäule veranlasst, während die übrigen Krümmungen als kompensatorische Biegungen entstehen. Der lange Rückenstrecker arbeitet dem entgegen und wirkt auf diese Weise als accessorischer Atemmuskel. Diese Wirkung der Rückenmuskeln fällt fort im Schlafe, bei melancholischen und schwer deprimierten Gemütszuständen und bei grosser allgemeiner Schwäche. Es tritt unter diesen Umständen eine Vermehrung der Kyphose ein.



Bei nachgiebigem (rachitischem) Brustkorb wird inspiratorisch die linke Brustseite stärker eingezogen. Als Ursache ist eine stärkere Aktion der linken Zwerchfellschenkel behufs Ausgleich der geringeren Kapazität des linken Thorax anzunehmen. Durch diese auf der l. Seite wirkende Kraft wird die Wirbelsäule im Dorsalteil nach rechts und im Lumbalteil nach links abgebogen. Die habituelle Skoliose, welche obige Form aufweist, ist demnach respiratorischen Ursprungs. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

4) **Hasebroek** (Hamburg). Ueber schlechte Haltung und schlechten Gang der Kinder im Lichte der Abstammungslehre. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 25, S. 170.)

H. hält einige Haltungs- und Ganganomalien (Vorwärtslagerung der Schultern, Gang mit adduzierten Knien oder in Innenrotation der Beine und Haltung der Füsse in Pronationsflexionsstellung) durch infantile Muskelspannungen bedingt, die auf Haltungs- und Gangtypus der Anthropoiden zurückzuführen seien. Therapeutisch haben sich H. Massage und passive Dehnung der gespannten Muskeln sowie aktive Gymnastik gut bewährt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

5) **Mouchet.** Deux nouvelles observations de scoliose congénitale. (Zwei neue Beobachtungen über angeborene Skoliose.) (Rev. d'orthop. Bd. 21, S. 343.)

Im ersten Falle handelte es sich um einen nur halbseitig entwickelten 9. Brustwirbel, im anderen um einen überzähligen Halbwirbel zwischen dem ersten und zweiten Lumbalwirbel, welch letzterer ausserdem mit dem eingeschobenen verwachsen war. In beiden Fällen waren durch Röntgenaufnahmen diese Veränderungen als Ursache der bestehenden Skoliose festgestellt. Klinisch macht die scharfe Krümmung der Wirbelsäule sowie die im Verhältnis zu dem Alter des Kindes erhebliche Deformierung die Diagnose einer angeborenen Skoliose wahrscheinlich. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

6) **Codet-Boisse** (Bourdeaux). Deux cas de scoliose paralytique. (Zwei Fälle von paralytischer Skoliose.) Rev. d'orthop. Bd. 21, S. 381.

Verf. berichtet über 2 Fälle schwerer Totalskoliosen auf paralytischer Basis, die ihre Konvexität nach der kranken Seite zu hatten. Verf. glaubt auf Grund dieser Fälle, dass die häufig angeführte Theorie, die Konvexität der paralytischen Skoliose zeige nach der gesunden Seite, zu verwerfen sei.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



7) **Zuelzer** (Berlin). Über Insufficientia vertebrae-Schanz. (Med. Klinik. 1910. N. 51, S. 2019.)

Die „Insufficientia vertebrae" behandelt Z. vom Standpunkt des Internisten aus. Er hat in allen Fällen eine beiderseits bis an die Wirbelsäule reichende hyperaesthetische Zone gefunden, die dem Verlauf einer bestimmten Anzahl von Interkostal- oder Lumbalnerven entspricht. Im übrigen ist er der Ansicht, dass jeder Skoliose eine Insufficientia vertebrae vorausging, resp. dass die bei der I. v. typischen schmerzhaften Punkte an der Wirbelsäule sich bei allen Skoliosen finden. Wenn eine Verkrümmung fehlt, so differentialdiagnostisch auszuschliessen: Bronchialdrüsentuberkulose, subakuter oder chronischer Rheumatismus und Bechterew'sche Krankheit. Vor allem natürlich dürfte eine Verwechselung mit tuberkulöser Spondylitis nicht unterlaufen. Und gerade da ist eine Differentialdiagnose am Anfang ohne längere Beobachtung oft recht schwer, wenn nicht unmöglich. Der Parallele von Schanz-Insufficientia pedis — Insufficientia vertebrae stimmt Z. völlig bei. Bei der Behandlung will er Gymnastik und Massage nur in leichten Fällen angewandt wissen; im übrigen Entlastung durch Bettruhe oder möglichst einfach gebaute Stützapparate.

Natzler-Heidelberg.

8) **Kirmisson** (Paris). Rapport à monsieur le directeur de l'assistance publique sur le fontionnement du service orthopédique établi à Hendaye pendant l'année 1908—1909. (Bericht an den Direktor der öffentlichen Fürsorge über die Ergebnisse der orthopädischen Turnkurse am Sanatorium Hendaye im Jahre 1908—1909.) (Rev. d' orthop. Bd. 21, S. 459.)

K. gibt einen Bericht über 44 skoliotische Mädchen, die im Sanatorium Hendaye in stationärer Behandlung waren. Davon waren 21 geheilt und 19 gebessert worden, während 3 unverändert geblieben waren, 1 sich verschlechtert hatte. Im Jahre vorher waren es 10 Heilungen und 30 Besserungen gewesen, während bei 4 keine Veränderung eingetreten war.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) Unentgeltlichen „Ferienkursus zur Erlernung der Behandlung von Haltungsfehlern und Rückgratsverkrümmungen für Turnlehrer und Turnlehrerinnen" (Deutsche Turnzeitung 1911, Nr. 1)

will auch in diesem Jahr Herr Direktor Louis Brehme in Strassburg abhalten, unter gleichzeitiger Mitleitung eines Arztes. Herr



Direktor B. dürfte wohl zuviel versprechen, wenn er in 4 Wochen Turnlehrern zur Erlernung der Behandlung von Rückgratverkrümmungen verhelfen will. Denn es kann sich doch wohl nur darum handeln, Übungen aus der deutschen Heilgymnastik vorzuführen und erlernen zu lassen, die bei der Bekämpfung der Wirbelsäulenverbiegungen mit verwendet werden können. Und um diese Übungen zweckentsprechend ausführen lassen zu können, bedarf es weiterhin noch der Kenntnis über das Wesen der Wirbelsäulenverbiegungen. Je tiefer der Turnlehrer in diese Kenntnis eingedrungen ist, umsomehr muss sie ihn zu der Erkenntnis führen, dass mit einem 4 wöchigen Ferienkurs noch nicht die Behandlung von Rückgratverkrümmungen erlernt werden kann. Der Arzt kann es nur dankbar begrüssen, wenn auch die Schule mithelfen will bei der Bekämpfung der Haltungsstörungen. Aber auch das orthopädische Turnen in der Schule muss immer eine ärztliche Massnahme bleiben, unter gleichzeitiger Unterstützung durch den Lehrer, wenn anders es nicht zum Handwerk werden soll. Welche Kinder zu diesem Turnen geeignet sind, kann nur der Arzt entscheiden. Diese Entscheidung dürfte aber nicht in dem Sinn des Herrn Direktors B. ausfallen, der dafür ist, „dass alle Rückgratsverkrümmungen, auch die schweren Verkrümmungen, aufgenommen werden."

Rothfeld.

10) **Nyrop** (Kopenhagen). Ueber die Anwendung eines Federdruckprinzips zur Behandlung der Deformitäten der Wirbelsäule. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 26, H. 4, S. 653.)

N. verwendet einen redressierenden Rückenhalter, der aus einem Beckengurt besteht, von dem eine Rückenfeder aufsteigt, welche die dorsale Kyphose redressiert, und ausserdem zwei federnde Achselstützen, welche die Schultern nach rückwärts ziehen. Auch skoliotische Verbiegungen lassen sich nach N's Angaben auf diesem Wege beeinflussen, doch erweist es sich dann als praktisch, statt des einfachen Beckengurts einen festen Beckenkorb aus Celluloid zu verwenden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

11) **H. Schüssler** (Bremen). Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Paraplegien bei tuberkulöser Spondylitis. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 93, Heft 4.)

Es handelt sich um einen 36 jährigen Mann mit Kompressionsmyelitis am 8. Brustwirbel. Die tuberkulöse Erkrankung betraf



die Wirbelbögen, die eingesunken waren und eine Kompression des Rückenmarks hervorgerufen hatten. Nach der Laminektomie nahm die Behandlung der spastischen Lähmung noch längere Zeit in Anspruch. Verfasser wandte dazu die Methode von Faure an, wonach die spastisch gelähmten Glieder so lange passiv bewegt werden, bis die Kontrakturen nachlassen, und dann willkürliche Bewegungen gemacht werden.

Die Methode war hier insofern von Erfolg begleitet, als der Kranke nach 7 monatlicher Behandlung 100 Schritte ohne Stock gehen konnte. Die Nachuntersuchung nach mehreren Jahren ergab noch weitere Besserung. **Zander**-Heidelberg.

12) **Bergel** (Rastatt). Zwei Fälle von angeborenem Schulterblatthochstand. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 26, S. 148.)

Beschreibung zweier Fälle von Schulterblatthochstand (ein einseitiger, ein doppelseitiger) mit Defektbildung resp. mangelhafter Entwicklung von Muskeln. Bei dem einen Pat. bestand keine Anomalie der Knochen, bei dem zweiten, der ausserdem früher noch überzählige 6. Finger besass, schien die Palpation auf knöcherne Verwachsungen hinzudeuten, doch war auch im Röntgenbilde nichts ganz Bestimmtes festzustellen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

13) **Delbet** et **Canchoix** (Paris). Les paralysies dans les luxations de l'épaule. (Die Lähmungen bei Schulterluxationen.) (Rev. de chir. Bd. 41, S. 327 u. S. 667.)

Die Verf. unterscheiden Lähmungen durch Verletzung der Nervenwurzeln, Lähmungen der einzelnen Stämme und Mischformen. Bei den ersteren verursacht das Trauma sowohl die Luxation als auch die Beschädigung des Nerven. Der dislozierte Kopf selbst macht nicht diese Störungen, weshalb auch die Reposition der Verrenkung nichts an der Paralyse bessert. Bei den Lähmungen der einzelnen Nervenstämme, von denen am häufigsten der Circumflexus betroffen ist, ist allerdings häufig die Kompression durch den dislozierten Kopf die Ursache. Die Lähmung geht deshalb auch vielfach nach der Reposition zurück. Die Lähmungen können bei der Verletzung entstehen, sei es durch das Trauma selbst (Zerreissung) oder durch Druck des luxierten Kopfes, sie können aber ebenfalls eintreten bei der Reposition oder auch nachträglich infolge Kompression der Nerven durch Narbengewebe. Es ist demnach notwendig, vor der Reposition zu untersuchen, ob eine Lähmung vorliegt, und ebenso nachher. Ist eine solche vorhanden, so soll



man genau den Sitz der Läsion feststellen und, wenn nach 14 Tagen kein Rückgang der Lähmung eintritt resp. wenn sich Entartungsreaktion zeigt, chirurgisch eingreifen und die zerrissenen Nerven nähen. Bei lange bestehender Lähmung müssen die Nervenstämme erst mit Mühe aus dem Narbengewebe isoliert werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

14) **Vandenbossche.** Paralysies radiculaires traumatiques du plexus brachial. (Traumatische Lähmung der Rückenmarkswurzeln des Plexus brachialis.) (Rev. de chir. 41 Bd., S. 817.)

Die Lähmungen der Rückenmarkswurzeln können schon durch ziemlich leichte Traumen zustande kommen. Sie entstehen durch Zerrung der Nervenwurzeln infolge der einwirkenden Gewalt, nicht etwa durch den Druck eines luxierten Oberarmkopfes oder dergleichen Ursachen. Die motorischen Ausfallserscheinungen sind weitaus schwerer wie die sensiblen. Ein Teil der Lähmung pflegt im allgemeinen zurückzugehen. Ausser elektrischer Behandlung kommt in schweren Fällen chirurgisches Eingreifen in Betracht. (Naht der durchrissenen Nerven, oder Befreiung derselben aus dem Narbengewebe, eventuell auch eine Überpflanzung von Nerven.)

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Schrödl.** Ueber einen Fall von sekundärer Naht des Nervus radialis mit Resektion eines Diaphysenstückes des Humerus. (Diss. München 1910.)

Bei dem von Sch. beschriebenen Falle handelte es sich um eine subkutane Fraktur des Humerus mit Kontinuitätstrennung des Nervus radialis, die jedenfalls durch die scharfen Splitter des frakturierten Knochens hervorgerufen war. Um die Nervennaht zu ermöglichen, wurde ein 2 1/2 cm langes Knochenstück reseziert, und der Erfolg war geradezu glänzend, trotzdem die Operation mehr als zwei Monate nach dem Unfall ausgeführt wurde.

Blencke-Magdeburg.

16) **Redard** (Paris). Du traitement de la paralysie du nerf cubital consécutive aux fractures anciennes de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. (Über die Behandlung der Ulnarislähmung nach alten Frakturen des unteren Humerusendes bei Kindern.) (Ann. de chir. et d'orthop. Bd. 23, S. 326.)

Nach einer Fraktur des unteren Humerusendes mit Heilung in Valgusstellung und starker Kallusbildung war eine Lähmung des



Ulnaris eingetreten. Bei der Operation fand sich der Nerv stark verdickt und aus seinem Knochenkanal verlagert, so dass er infolge seiner oberflächlichen Lage äusseren Einwirkungen sehr ausgesetzt war. Die Lösung des Nerven aus seinen Verwachsungen und Einbettung in einen neugeschaffenen Knochenkanal ergab völlige Wiederherstellung der Funktion. R. rät, die Operation zeitig vorzunehmen, ehe eine völlige Degeneration des Nerven eingetreten sei.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

17) **Hermann Zuppinger** (Zürich). Beitrag zur Lehre von der typischen und suprakondylären Radiusfraktur. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 94. H. 1.)

Die Form der typischen Radiusfraktur wird vom Verfasser nicht als Abrissbruch gedeutet, sondern als eine Fraktur, die unter Schubwirkung auf der volaren Seite beginnt und als Biegungsbruch auf der dorsalen Seite endet. Das distale Fragment macht eine geringe Dorsalflexion nicht im Handgelenk, sondern um eine Achse, die in der Radiusdiaphyse liegt. So erklärt sich leicht die Abreissung des Proc. styl. ulnae.

Z. hat gewisse Altersunterschiede beobachtet. Vom 20. Jahre aufwärts kommt fast nur die typische Radiusepiphysenfraktur vor, während vom 11. bis 14. Jahr Epiphysenlösungen häufiger sind. Bis zum 11. Jahr wird meist eine subperiostale Fraktur von Radius und Ulna 1—4 cm oberhalb der Epiphysenlinie bei demselben Trauma beobachtet.

Die Prominenz der Radiusepiphyse radialwärts über den Schaft hinaus kommt zustande hauptsächlich durch die relative Pronation des proximalen Radiusfragments und oft durch eine Annäherung desselben an die Ulna. Die Hand ist meist in Radialflexion verschoben.

Zuppinger verwirft bei der Behandlung der typischen Radiusfraktur erstens die völlig immobilisierenden Verbände, also den Gipsverband; zweitens die Volarflexion, die die Gebrauchsfähigkeit der Hand hinausschiebt, und drittens die Ulnarabduktion, die eine bleibende Deformität macht. Er hat auch hier das Bestreben, die Knochenbrüche in der Stellung des geringsten Muskelzuges zu reponieren und zu retinieren, und sieht bei den typischen Radiusbrüchen die gesuchte Stellung in einer leichten Dorsalflexion im Handgelenk.

Verf. erreicht die Reposition meist ohne Narkose durch eine entschiedene Dorsalflexion im Handgelenk und starke Pronation,



mmer unter kräftigem Längszug des Vorderarms. Zur Retention benutzt er eine Cramer'sche Schiene an der Volarseite. Die Hand ist leicht dorsalflektiert, zwischen Pro- und Supination, die Finger halb flektiert. Beginn mit zarter Massage am 3. bis 4. Tage, etwa 2 Tage später passive Bewegungen. Der Schienenverband wird 3—4 Wochen getragen. **Zander**-Heidelberg.

18) **Abadie et Pelissier** (Oran). De la suture osseuse primitive dans les fractures des deux os de l'avant bras (Über die primäre Knochennaht bei der Fraktur beider Vorderarmknochen.) (Rev. d'orthop. Bd. 21. Seite 423.)

Die Verf. raten auf Grund von 5 mittels Knochennaht behandelten frischen Frakturen dazu, die Fälle sorgfältig auszusuchen, die für diese Therapie passen. Gelingt eine unblutige Reposition der Frakturenden nicht, so ist ein blutiger Eingriff durchaus am Platze. Die Verf. bevorzugen für die Adaption der Knochen die Naht mittels Silberdraht. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

19) **Biret** (Nancy). Quelques notions fondamentales sur la rétraction musculaire ischémique de Volkmann. (Ueber die ischämische Muskellähmung.) (Rev. de chir. Bd. 41, S. 386 u. S. 608.)

Die ischämische Muskellähmung der Flexoren am Unterarm kann entstehen durch Verletzung der Gefässe und Quetschung der Muskulatur. Weitaus am häufigsten tritt sie aber als Folge zu fest angelegter Verbände auf. Die ersten Symptome der drohenden Lähmung bestehen in Cyanose und Schwellung der Hand mit starken Schmerzen. Ist die Lähmung eingetreten, so zeigt sich eine Beugekontraktur der Finger. Die Finger können bei Streckstellung der Hand nicht extendiert werden. Leichter ist dies möglich, wenn das Handgelenk gebeugt wird. Anatomisch findet man eine mehr oder weniger vollständige Degeneration der Muskelsubstanz und an ihrer Stelle Bindegewebe. Ein Verband des Unterarms muss deshalb vom Arzt unter Kontrolle behalten werden, anderenfalls kann er für den Schaden verantwortlich gemacht werden. Ist eine Lähmung resp. Kontraktur eingetreten, so kann in leichteren Fällen noch durch Redressements etwas erreicht werden, in den meisten Fällen wird man zur operativen Verlängerung der Flexorensehnen oder am besten zur Verkürzung der Knochen durch partielle Resektion seine Zuflucht nehmen müssen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

20) **Schubert**. Ueber Frakturen und Luxationen der Handwurzelknochen. (Diss. Leipzig 1910.)

Sch. veröffentlicht in der vorliegenden Arbeit eine grössere Anzahl von Karpalverletzungen, die in den letzten Jahren in der Leipziger chirurgischen Poliklinik beobachtet wurden, und geht dann im Anschluss hieran, unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur, auf diese Art der Verletzungen näher ein. Soweit die betreffenden Fälle von draussen hereingeschickt wurden, wurde nicht ein einziges Mal die richtige Diagnose gestellt; dass mitunter auch noch nach der Aufnahme des Röntgenbildes fehlerhafte Diagnosen gestellt werden können, beweist ein von dem Verf. angeführter Fall, bei dem es sich um ein Sarkom des Multangulum maius handelte. Die vorliegenden Fälle betrafen durchweg das Naviculare und Lunatum und zwar handelte es sich um Navicularfrakturen und Lunatumluxationen resp. um Kombinationen von beiden. Unter den Navicularfrakturen fanden sich zwei mit enormer Dislokation der Fragmente, wie sie Sch. bisher noch nirgends gesehen hatte. Unter den betr. Fällen fand sich keine einzige konsolidierte Fraktur. **Blencke-Magdeburg.**

21) **E. Koerber** (Hamburg). Ein Beitrag zu den Luxationen und Frakturen der Karpalknochen, speziell des Os lunatum und naviculare. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 93, H. 4.)

Von den Verletzungen der Karpalknochen kommen am häufigsten Frakturen des Os naviculare und isolierte Luxationen des Os lunatum nach der Volarseite vor. Bedeutend seltener sind die kombinierten Verletzungen des Lunatum und Naviculare zusammen. K. beschreibt 4 derartige Fälle: 1. Dorsale Luxation der Ulna im Radio-ulnargelenk, volare Luxation des Os lunatum und Infraktion des Os triquetrum. Unblutige Reposition und Reluxation des Lunatum. 2. Dorsale Luxation der Ulna, volare Luxation des Lunatum, Fraktur des Naviculare. Blutige Reposition. 3. Volare Luxation des Lunatum und dorsale Luxation des Naviculare. Fraktur am distalen Radiusende. Exstirpation des Naviculare, Heilung nach Reposition des Lunatum mit guter Funktion der Hand. 4. Fractura proc. styloidei radii ohne Dislokation. Fraktur des Naviculare. Nicht ganz vollendete volare Luxation des Lunatum. Unblutige Reposition.

Besprechung des Entstehungsmechanismus. Am wahrscheinlichsten ist die Theorie von Gross, wonach das Lunatum bei Dorsalflexion durch den Stoss des dorso-ulnaren Radiusrandes volar heraus-



gepresst wird. Auch Ulnarflexion spielt dabei eine Rolle und bringt die dorsale Luxation der Ulna zustande. Die Methode der unblutigen Reposition besteht zunächst in Dorsalflexion unter stärkstem Längszug, dann in Volarflexion unter starkem radial-dorsal gerichteten Druck auf das Lunatum. Fixation in extremer Volarflexion. Röntgenbilder. **Zander**-Heidelberg.

22) **Franz Fink** (Karlsbad). Ueber blutige Reposition irreponibler Daumenluxationen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 93. H. 4.)

Ein Fall irreponibler Daumenluxation gab einen guten Einblick in die anatomischen Verhältnisse dieser Luxation: der Kapselriss quer an der Metakarpalinsertion, der M. flex. poll. brev. unverändert, die Sehne des Flex. long. ulnar luxiert, der Rand des Kapselrisses über das Capitulum metacarpi mit den Sesambeinen verschoben. Der am Dorsum metacarpi gelegene und durch die nicht verletzten Lgg. metacarpo-phalangea straff gespannte Kapselrand bildete das Hindernis für die Verschiebung der Phalanx nach vorn.

Nachdem der Kapselrand durch stumpfen Haken emporgehoben und nach vorn über die Gelenkfläche des Metacarpus gezogen war, ging die Reposition leicht von Statten. Nach 8 Wochen normale Funktion. **Zander**-Heidelberg.

23) **Ebret et Bienvenue.** Un cas d'ectrodactylie avec malformation du coude et luxation congénitale du radius droit. (Ein Fall von Ektrodaktylie mit Missbildung des Ellenbogens und congenitaler Luxation des Radius.) (Rev. d'orthop. Bd. 21, S. 455.)

Der 21jährige Patient, der wegen starker Varicen in Behandlung kam, zeigte ein völliges Fehlen des 5. Fingers der rechten Hand und eine totale Aufhebung der Supination des Unterarmes. Nach den Röntgenbildern ging die Defektbildung der Hand noch bis zur Handwurzel, während sich als Ursache der Supinationsbehinderung eine angeborene Luxation des Radius ergab.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

24) **Krauss** (Konstanz). Rachitis, rachitische Verkrümmung der unteren Extremitäten und deren rationelle Behandlung mittels des Kraussschen Schienengipsverbandes. (Zeitsshr. f. orthop. Chir. XXVI. Bd., S. 193.)

Die sehr ins Detail gehende Arbeit befasst sich zunächst mit der Entstehung der Rachitis bei Menschen und Tieren, speziell auch mit dem Einflus der Domestikation und anderer Schädlich-



keiten. Auch die klinischen Erscheinungen und die Verbreitung der Erkrankung werden ausführlich erörtert. Von den rachitischen Verbiegungen der Unterschenkelknochen kommt am häufigsten die Varusbiegung des Unterschenkels und des Kniegelenks vor. Spontanheilungen sind, im Gegensatz zu den Behauptungen einzelner Autoren, recht selten und fast immer unvollkommen. Die Behandlung soll möglichst früh beginnen, so lange die Knochen noch weich sind, da dann leicht und rasch eine Geraderichtung zu erzielen ist. Es folgt danach eine sehr ausführliche Beschreibung der Schienen und ihre Anwendung unter Anführung einer Reihe von Krankengeschichten. Am Schluss noch eine Statistik über Ursache der Rachitis und die verschiedenen Formen der Verbiegungen und die Heilungsresultate bei Schienenbehandlung und der natürlichen Heilung. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

25) **Zesas** (Lausanne). Über Schmerzen im Gelenke bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 26, H. 4, S. 618.)

Z. unterscheidet ausser durch Trauma entstandenen Beschwerden und durch tuberkulöse und rheumatische Entzündungen bedingten Schmerzen eine dritte Form von Schmerzanfällen, die kontinuierlich oder anfallsweise auftreten. Z. glaubt ebenso wie Lorenz, dass diese Beschwerden auf eine Reizung des Periosts zurückzuführen seien. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

26) **Hohmann** (München). Zur Diagnose und Pathologie der Antetorsion und Retrotorsion bei der kongenitalen Hüftverrenkung. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 25, S. 157.)

Bei der Antetorsion des Femur ist im Röntgenbilde der Trochanter minor deutlich zu sehen, während dies bei der Anteversion nicht der Fall ist. Bei Retrotorsion liegt der Trochanter hinter dem Femur und der Schenkelhals zeigt seine grösste Länge bei Mittelstellung der Beine und nicht in Innenrotation. Die Retrotorsion gibt nach H.'s Erfahrungen eine schlechte Prognose, während der Grad der Antetorsion keineswegs der Schwierigkeit der Reposition resp. Retention zu entsprechen braucht, wenn nur das Bein im Verband in genügende Innenrotation gestellt wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **Mouchet** et **Séguirot.** Deux cas de luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant. (Zwei Fälle von traumatischer Hüftverrenkung bei Kindern.) (Rev. d'orthop. Bd. 21 S. 553.)

Die Verf. berichten über zwei Fälle von traumatischer Hüft-



luxation (Lux. iliaca) bei Kindern. Bei dem einen handelte es sich um eine veraltete Verrenkung, bei dem anderen gelang die Reposition bald nach dem Unfall, wenn auch erst nach mehreren Versuchen. Die Ursache des seltenen Vorkommen sehen die Verf. darin, dass bei Kindern infolge der grossen Elastizität der noch sehr knorpligen Gelenke eher eine Fraktur oder Epiphysenlösung als eine Verrenkung zustande kommt. Nur bei einigen, die relativ schlaffe Bänder haben, scheint eine Luxation eintreten zu können. Therapeutisch empfiehlt sich baldigste Reposition, da derartige Luxationen sehr bald irreponibel werden und alsdann nurmehr durch einen blutigen Eingriff gebessert werden können. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

28) **Waldenström** (Stockholm). Die Herdreaction auf Tuberkulin bei der Coxitis. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 26. H. 4. S. 623.)

W. weist darauf hin, dass bei Tuberkulininjektionen nicht nur die allgemeine, sondern vor allem auch die lokale Reaktion von Wichtigkeit seie. Bei der tuberkulösen Synovitis des Hüftgelenks kommt es zu einer Exacerbation der Symptome (Schmerzen, Kontrakturstellung), während die Röntgenaufnahme keine Veränderungen zeigt. Liegt ein isolierter Collumherd ohne Ergriffensein der Synovialis vor, so lässt sich der Knochenherd im Röntgenbild nachweisen, während eine Tuberkulininjektion ausser etwas Druckschmerz keine Herdsymptome ergibt. Ein Knochenherd mit Synovitis reagiert natürlich auch mit einer Verstärkung der Symptome (Schmerz und Kontraktur), während das Röntgenbild die Knochenveränderung beweist. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

29) **Kirmisson** (Paris.) Sur un point particulier de l'histoire de la coxalgie double. Nécessité de respecter en pareil cas la luxation iliaque, lorsqu'elle s'est produite d'un côté. (Ueber einen besonderen Punkt bei der Behandlung der doppelseitigen Coxitis. Eine iliakale Luxation, die sich etwa auf einer Seite einstellt, soll man in Ruhe lassen.) (Rev. de orthop. Bd. 21, S. 559.)

K. warnt auf Grund zweier Fälle, die er selbst beobachtete, davor, eine iliakale Luxation, die sich auf einer Seite einstellt, zu reponieren, da auf der luxierten Seite meist eine leidliche Beweglichkeit bleibt, während im anderen Falle auf beiden Seiten eine völlige Versteifung einzutreten pflegt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



30) **Bilhaut** (Paris). Coxalgie. Quelques notes sur son traitement. (Einige Bemerkungen über die Behandlung der Coxitis.) (Ann. de chir. et d'orthop. Bd. 23, S. 321 u. 353.)

B. empfiehlt für die Anfangsstadien der Coxitis vor allem die Gewichtsextension. Besteht bereits eine Kontraktur, so soll diese in schonendster Weise in Narkose korrigiert und im weitgreifenden Gipsverband fixiert werden. Wichtig ist es, die Behandlung möglichst frühzeitig zu beginnen. Zur Erkennung der Krankheit leistet die Röntgenaufnahme gute Dienste, indem sie die starke Entkalkung der befallenen Extremität zeigt, bei weiter vorgeschrittenen Fällen auch den Zustand des Gelenkes (Zerstörungen, Verwachsungen, Luxationen). Zwecks Korrektur bestehender Verwachsungen rät B. sehr zur subtrochanteren Osteotomie mit nachfolgendem Gipsverband. Auch von der Thomasschiene, mit Erhöhung der anderen Seite, hat Verfasser gute Erfolge gesehen. In schweren Fällen hat ihm auch die Resektion mit nachfolgender Extension gute Resultate und bewegliche Gelenke ergeben. Wichtig ist auch die Behandlung des Allgemeinzustandes. Lokal empfiehlt B. vor allem Schmierseifeneinreibungen; Punktionen und Injektionen verwirft er.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

31) **Calvé** (Berck). Sur une forme particulière de pseudocoxalgie. (Ueber eine besondere Form von Coxitis.) (Rev. de chir. Bd. 42. S. 54.)

C. berichtet über eine seltene Form von Hüftgelenkserkrankung, die als chronische oder subacute Arthritis verläuft, nie zur Eiterung führt, und in kurzer Zeit mit voller Beweglichkeit ausheilt. Uebereinstimmend fanden sich bei den 3½—10 Jahre alten Kindern deutliche Zeichen von Rachitis. Die Röntgenaufnahmen der Hüftgelenke zeigten Coxa vara-Bildung mit deutlicher (auch palpabler) Verdickung des Femurkopfes, während der Knochenkern des Kopfes ganz abgeflacht war. Eine Verminderung des Kalkgehaltes der Extremität war nicht vorhanden. Eine Tuberkulose kann nach C. nicht in Betracht kommen, da bei einem Teil der Kinder die Tuberkulinreaktion negativ war. Auch spricht die Verkleinerung des Knochenkerns sowie der gute Kalkgehalt der Knochen dagegen. Für Lues oder Arthritis deformans fanden sich keine Anhaltspunkte. C. glaubt deshalb, dass eine besondere Erkrankung vorliegen müsse.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



32) **Quénu et Mathieu** (Paris). Traitement des ankyloses vicieuses de la hanche par l'ostéotomie transtrochantérienne oblique. (Behandlung der Hüftankylosen mittels der schrägen transtrochanteren Osteotomie). (Rev. de chir. Bd. 42, S. 1.)

Die Verf. bevorzugen zur Korrektur der Hüftankylosen die Osteotomie des Femur und zwar in einer Linie, die schräg vom Trochanter major zum Trochanter minor läuft. Sie benutzen dazu ein Osteotom mit gewellter Schneide, da hierbei ein Abgleiten des Meissels nicht leicht eintreten kann. Nach der Operation wird das Bein in permanente Extension gelegt, wodurch nicht nur die Stellung korrigiert und das Bein verlängert wird, sondern auch eine teilweise Beweglichkeit im Gelenk wieder erreicht werden soll.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

33) **Heymann.** Zur Kasuistik der traumatischen Luxationen des Kniegelenks. (Diss. Leipzig 1910.)

H. bringt in der vorliegenden Arbeit die Krankengeschichte eines Falles von Luxatio tibiae anterior completa, bei dem sich eine völlige funktionelle Restitution einstellte und erwerbsbeschränkende Folgen nicht zurückblieben, was um so beachtenswerter ist, als nach den Ergebnissen der Literatur unter den Kniegelenksluxationen die Luxationen der Tibia nach vorn am häufigsten Komplikationen oder einen ungünstigen Verlauf aufzuweisen haben. Ein wesentlicher Teil des Erfolges ist nach des Verf. Ansicht auf die rechtzeitige Behandlung mit medikomechanischen Uebungen und die frühzeitige Anwendung der Massage, Elektrizität und Heissluftbäder zurückzuführen. Die vorliegende Arbeit ist gleichsam eine Fortsetzung der Kramerschen, der 270 Fälle von Kniegelenkluxationen bis zum Jahre 1904 zusammenstellen konnte, die H. noch um 30 weitere aus der ihm zugänglichen Literatur des In- und Auslandes bis Ende des Jahres 1909 vermehrte.

Blencke-Magdeburg.

34) **Ch. Lévêque.** Les lésions traumatiques des Ménisques de l'articulation du genou. (Gaz. des hôp. Oct. 1910.)

Verfasser gibt eine umfassende Übersicht über das Krankheitsbild der traumatischen Meniskusverletzungen des Kniegelenks nebst ausführlicher Literaturangabe.

Der Sitz der Läsion ist am häufigsten an der vorderen Anheftungsstelle des medialen Meniskus, weil dieser hier am dünnsten



und schlechter fixiert ist. Bei der Subluxation der Menisken kommt es zur Erschlaffung, bei der Luxation zum Zerreissen der Insertionen. Häufig sind auch die Rupturen in Quer- oder Längsrichtung, häufiger noch unvollständige Zerreissung der Bandscheiben.

Als Entstehungsursache kommt meist eine heftige Bewegung des Knies oder ein Stoss gegen das Knie in Frage. Oft bleibt das Knie unbeweglich in Flexion stehen. Weitere Symptome sind: ein auf die Gegend des Meniskus beschränkter Schmerz, ein Vorsprung oder eine Einziehung ist an der Stelle zu fühlen. Sitz des Schmerzes ist der Gelenkspalt vor dem Seitenbande. Wichtig ist, dass man am Meniscus int. auch normaler Weise bei gestrecktem Bein einen Vorsprung fühlen kann, der bei halber Beugung verschwindet. Der Meniscus ext. ist in Streckstellung nicht fühlbar, gut dagegen in rechtwinkliger Beugung. Häufig ist die Form der Meniskusläsion, bei welcher in gewissen Zeitabständen Rezidive auftreten, die durch periodischen Gelenkerguss gekennzeichnet sind.

Differentialdiagnostisch kommt bei frischer Meniscusluxation in Betracht: 1. die Kniedistorsion, bei welcher meist das mediale Seitenband am unteren Ende abgerissen ist. Hier besteht starker Hämarthros, und seitliche Bewegungen sind möglich. 2. Gelenkbrüche, besonders Kondylenbrüche der Tibia. Hier sitzt der Schmerz unterhalb der Gelenklinie, daneben Verbreiterung des oberen Tibiaendes.

Bei alter oder rezidivierender Luxation kommen in Betracht:

1. Gelenkkörper als Folge einer Arthritis sicca. Trauma spricht mehr für Luxation, bei welcher auch der Schmerz in der Gelenklinie stets am selben Punkt lokalisiert ist. Beim Fremdkörper verschiedener Sitz und hefter Schmerz.

2. Die sogen. Meniscitis von Roux, bestehend in einer Hypertrophie des fibrösen Randes des Meniscus. Differentialdiagnose kaum möglich.

Die Behandlung der frischen Luxation besteht in der Reposition, die man durch vermehrte Flexion, Torsion und daran anschliessende Streckung bewerkstelligt. 14 Tage Ruhe, dann Massage, doch sind Rotation und Flexion vorerst zu vermeiden.

Bei der rezidivierenden Luxation verwendet man 1. die Meniscopexie, d. i. die Annähung des abgelösten Meniscus ans Periost, und 2. die Meniscectomie, die der ersteren vorzuziehen ist. Man macht die Inzision meist am medialen Meniscus als Längsschnitt in der Mitte zwischen Lg. patellae und collaterale. Der Kapselschnitt soll



möglichst klein sein. — Man begnügt sich damit, den dislozierten Teil der Bandscheibe zu exstirpieren. Lagerung in Gipsschiene.

Dambrin operierte 117 Fälle nach dieser Methode und erzielte in 74 Fällen absolute Heilung ohne Rezidiv. Schloffer hatte unter 25 Fällen 16 gute Endresultate. **Zander**-Heidelberg.

35) **Meyersohn.** Typische Frakturen bei Skiläufern. (Diss. Freiburg 1911.)

M. bringt 11 Krankengeschichten von Verletzungen, die beim Skilaufen entstanden waren, und zwar handelte es sich in den meisten Fällen um Torsionsbrüche der Tibia in Verbindung mit Frakturen des Malleolus der Fibula. Am häufigsten werden Anfänger und ungeübte Leute betroffen und derartige Fälle lassen sich vermeiden, wenn jeder Skiläufer erst dann eine rasche Abfahrt macht, wenn er gelernt hat, seine Skier zu beherrschen. Die Tibia bricht gewöhnlich in ihrem unteren Teile und die Fibula frakturiert infolge der Belastung des Körpers, den sie nicht allein zu tragen vermag, häufig etwas weiter oben am Schaft.

Blencke-Magdeburg.

36) **Scheibe.** Ueber Osteome am Unterschenkel. (Diss. München 1910.)

Sch. publiziert in der vorliegenden Arbeit einen Fall von solitärem Osteom, das in der Diaphyse des Unterschenkelknochen Fibula und Tibia knöchern vereinigt hatte, so dass irgendeine Scheidung zwischen Tumor und Tibia nicht möglich war. Einen ähnlichen Fall konnte er in der ihm zugänglichen Literatur nicht finden, aus der er die Fälle von Osteom zusammengestellt hat. Kurze allgemeine Bemerkungen über Diagnose, Symptomatologie, Aetiologie, Therapie und Prognose der Osteome beschliessen die Arbeit. **Blencke**-Magdeburg.

37) **H. Rünte.** Kongenitaler Fibuladefekt und Pes equinus-valgus. (Münch. med. Woch. 1911, Nr. 3.)

Die rechte Fibula fehlt total, ebenso 2., 3. und 4. Zehe mit tarsus und metatarsus. Die Tibia ist geknickt, vielleicht durch intrauterine Fraktur. Bei der Geburt soll die Nabelschnur um das rechte Bein geschlungen gewesen sein. Der Unterschenkel ist um 16 cm kürzer als der linke. Der Fuss steht in equinus-valgus-Stellung: Die Entfernung des innern Knöchels, dessen Spitze breit gedrückt ist, vom inneren Fussrand ist gleich Null. Die Planta pedis steht fast senkrecht zur Ebene und ist 70° lateral abduziert.



Eine Einziehung der Haut an der Tibiaknickung deutet auf Amnionstrang. Die Tibia ist auf der Talusrolle nach vorn subluxiert, und der Calcaneus ist durch sekundäre Kontraktur der Achillessehne nach oben gezogen. Der Fuss ruht auf dem inneren Knöchel und einer Schwiele, die sich bis zum Köpfchen des ersten Metatarsalknochens ausdehnt. Das obere Sprunggeleuk ist nur wenig beweglich, die Peronei stark verkürzt, Calcaneus, Talus und Kuboid zu einem Stück verschmolzen. Die dritte Phalange des kleinen Zehen fehlt. Die halbkreisförmige grosse Zehe liegt zum Teil unter der kleinen Zehe in Valgusstellung und ist deformiert. Der Extensor hallucis longus ist verkürzt und zieht, wie Hoffa sagt, an der grossen Zehe wie eine Sehne am Bogen. **Hohmann**-München.

38) **Wierzejewski** (Berlin). Ueber einen Fall isolierter Lähmung des Nervus Peronaeus nach Unterschenkelosteotomie. Zugleich eine Beitrag zur Lehre von Einheilung von Fremdkörpern. (Med. Klinik 1910. N. 49, S. 1936 ff.)

Bei einem 6 jährigen rhachitischen Mädchen war nach Unterschenkelosteotomie mit manueller Frakturierung der Fibula eine isolierte Peronaeus-Lähmung aufgetreten, die unter entsprechender Behandlung (Operation) nach ca. 2 Monaten wieder behoben war. Das Kind kam dann später an einer interkurrenten Krankheit zum Exitus. An dem gewonnenen Präparat liess sich nachweisen, dass der seinerzeit durch Fischblase (Condom) isolierte Nerv ein halbes Jahr später keinerlei Verwachsungen mit der Umgebung zeigte, dass hingegen die Fischblase teilweise bindegewebige Verwachsungen aufwies. W. empfiehlt die Fischblase dringend zur Verhütung von Verwachsungen bei Sehnenüberpflanzungen und Raffungen. (M. E. wird diese Gefahr doch etwas zu sehr überschätzt. An der Vulpiusschen Klinik sind wir ohne Isolierungsmittel jederzeit sehr gut ausgekommen. Und, wenn irgend angängig, sollte man die Einführung von Fremdkörpern eben doch vermeiden. Ref.) Das Rezept zur Zubereitung der Fischblase: Härten in 10 % Formalin (12—14 Min.), Wässern (12 Min.), Kochen (10—15 Min.), Aufbewahren in 95 % Alkohol. **Natzler**-Heidelberg.

39) **Henlly** et **Boeckel** (Nancy). Trois cas inédits de luxation du métatarse. (Drei bisher noch nicht veröffentlichte Fälle von Luxation des Metatarsus.) (Rev. d'orthop. Bd. 21, S. 311.)

Bericht über 3 Fälle von Luxation des Metatarsus in verschiedener Variation. Im ersten Falle gelang die Reposition nicht

völlig, doch war der funktionelle Erfolg befriedigend. Bei dem zweiten Pat. wurde, da unblutiges Verfahren nicht zum Ziele führte, eine Exstirpation des 1. und 2. Keilbeines vorgenommen. Trotz erheblicher Plattfussbildung war der Gang ein ziemlich guter. Im dritten Fall gelang die Reposition auf unblutigem Wege und mit guter Gehfähigkeit. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

40) **G. C. Bolten.** Ueber die Morton'sche Form der Metatarsalgie. (Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 22. Bd., H. 2.)

Die Morton'sche Form der Metatarsalgie ist ein ganz bestimmtes von Morton selbst genau beschriebenes Krankheitsbild, das in der Literatur sehr häufig mit anderen Formen der Metatarsalgie vermengt, und daher falsch dargestellt wurde. Sie besteht in Schmerzanfällen, die von der Basis der 4. Zehe ausgehend nach Wade und Oberschenkel ausstrahlen können. Die anatom. Ursache ist Druck des Kopfes des 4. Metatarsale auf den Verbindungszweig der Endäste des Nerv. plantar. int. und ext.; andere anatom. Veränderungen (Plattfuss, Lipome, Ostitiden, Arthritis, Tabes, Subluxationen u. a.) sind ausdrücklich als fehlend angegeben. Die Veranlassung zum Druck wird durch enges Schuhwerk, ev. durch Trauma gegeben. Charakteristisch ist, dass die Schmerzanfälle nach Ausziehen der Schuhe sofort nachlassen. — Die Therapie kann in Resektion des Köpfchens bestehen und hatte in allen Fällen, in denen sie ausgeführt wurde, dauernden Erfolg. Im 1. Fall hatte Verf. durch Alkoholinjektion guten Erfolg. **Baisch**-Heidelberg.

41) **Momburg.** Eine auf einem neuen Prinzip begründete Plattfusseinlage. (Deutsche Med. Woch. 1910. Nr. 27.)

Die bisherigen Einlagen sind nach M's. Meinung darum nicht richtig konstruiert, weil bei allen der Hackenteil horizontal steht und nur auf die Ausbildung des Gewölbes Wert gelegt werde. (Das trifft für Randeinlagen auf schiefer Ebene nicht zu. Ref.) Primär weicht der Calcaneus nach aussen ab in Pronationsstellung. Deshalb hat M. eine Einlage konstruiert nach denselben Gesichtspunkten, wie sie Bardenheuer in Band 26 der Zeitschr. f. orth. Chir. aufgestellt hat. Das Hauptgewicht wird auf Supinationsstellung des Calcaneus gelegt und auf die Hebung des Gewölbes wird verzichtet. Die Einlagen werden fabrikmässig in 4 Grössen hergestellt, sie bestehen aus einem keilförmigen, von innen nach aussen abfallenden Gummistücke, einer darunterliegenden Stahlfeder und dem Leder, das die Einlage im Schuh an richtiger Stelle festhalten soll.



Die Einlage soll in einem bequemen Schnürschuh mit niedrigem breiten Absatz getragen werden. **Hohmann**-München.

42) **F. Bienvenue** (Paris). Malformation symétrique des petits orteils. (Rev. d'orthop. 1910. 1.)

Der 14 jähr. Knabe hatte beiderseits eine abnorm zurückstehende fünfte Zehe. Wie die Röntgenbilder zeigen, ist das Cuboid an Wachstum beträchtlich hinter den anderen Fusswurzelknochen zurückgeblieben. **Ewald**-Hamburg.

43) **Heermann** (Kassel). Das Redressement sich deckender oder gekrümmter Zehen. (Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 6. S. 273.)

H. empfiehlt zur Korrektur verkrümmter Zehen einen mit Pflaster umwickelten Bleistreifen zu benutzen, der über dem Dorsum der verkrümmten Zehe und unter den benachbarten Zehen liegt. Mittels Heftpflaster wird die Methode ja wohl allgemein geübt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

44) **Masao Sumita:** Ueber die angebliche Bedeutung von Schilddrüsenveränderungen bei Chondrodystrophia foetalis und Osteogenesis imperfecta. (Jahrb. f. Kinderheilkunde LXXIII, I.)

Nach Hervorhebung der Kaufmannschen Ansicht der scharfen Trennung von Chondrodystrophie und Osteogenesis unter sich und gegen Kretinismus bespricht S. zunächst an der Hand der Literatur die Beziehungen von Schilddrüse zu Kretinismus und kommt zur Billigung folgender Sätze: „Bei Kretinismus gibt es sicher noch funktionsfähige Schilddrüsensubstanz", und „der Kropf hat so lange mit dem Kretinismus nichts zu schaffen, als noch gesunde Schilddrüsensubstanz erhalten ist" (Kaufmann). Allerdings ist auch ganz gesunde Schilddrüse bei Kretinen nicht festgestellt worden. Es können Kretinen nach Exstirpation einer Schilddrüse an Kachexia strumipriva erkranken. Er kommt zur Ansicht, dass „die Schädigung der Schilddrüse, welche bei Kretinen eine sehr verschieden schwere sein kann, nur eine Teilerscheinung der auf den Menschen einwirkenden kretinogenen Noxe ist" (Bircher).

Im Hauptteil bespricht S. die Frage nach dem Schilddrüsenbild bei den foetalen Skeletterkrankungen und nach gewissen Aehnlichkeiten im histologischen Bild der Schilddrüse bei beiden Erkrankungen. An je 3 Fällen von Chondrodystrophia foetalis und Osteogenesis imperfecta durchgeführte anatomisch histologische Untersuchungen



zeigten im Vergleich mit Kontrolluntersuchungen normaler Foeten und junger Säuglinge, dass die Schilddrüse sich hinsichtlich Grösse und Gewicht in normalen Grenzen hält. Ebenso haben die Schilddrüsenbefunde bei den Fällen von foetaler Skeletterkrankung keine Aehnlichkeit mit den Schilddrüsenbildern bei Myxödem und be- Kretinismus, sondern stimmen so sehr mit normalen Kontrollpräparaten überein, dass man sie als normal bezeichnen darf.

Die geringen Schilddrüsenanomalien, wie sie bisher häufig bei Chondrodystrophiefällen beschrieben sind, können ebenso häufig bei normalen Neugeborenen nachgewiesen werden. Das Gleiche scheint ihm für Osteogenesis imperfecta zu gelten, sodass er schliesst: keine Form von foetaler Skeletterkrankung kann auf Störung der Schilddrüsenfunktion zurückgeführt werden.“

(Ref. möchte letzten Satz nicht gern in dieser verallgemeinerten Form annehmen, da speziell für die Schilddrüse Anatomie und Histologie kaum etwas über die Funktion aussagen kann.)

Hoffmann-Heidelberg.

45) **Peltesohn** (Berlin). Klinische und radiologische Beiträge zur Kenntnis der Wachstumstörungen. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 25 Bd., Seite 340.)

Die beiden Fälle, die P. genau röntgenologisch untersucht hat, zeigen im jugendlichen Alter erworbene symetrische Wachstumsstörungen speziell der Extremitäten und zugleich Deformierungen derselben (Genu varum, valgum etc.) bei verhältnismässig grossem Kopfumfang. Die Röntgenuntersuchung ergibt ein Zurückbleiben und Unregelmässigkeiten der Verknöcherung der Epiphysen und der kleineren Knochen. Verbiegungen der Diaphysen sind nicht vorhanden, die periostale Verknöcherung ist ungestört. P. schliesst nach der Art der Epiphysenstörungen sowohl Lues und Rachitis als myxödematöse und kretinistische Wachstumsstörungen aus, und kommt zu der Ansicht, dass es sich um eine der Chondrodystrophie ähnliche erworbene Erkrankung handele.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

46) **H. Schwarz** (New York). Der Stickstoff- und Schwefelstoffwechsel in Fällen von rachitischem Zwergwuchs und ein Beitrag zum normalen Stoffwechsel eines fünf Jahre alten Knaben. (Jahrb. f. Kinderheilk. LXXII, 5.)

Ausführliche Stoffwechseluntersuchungen, die im Original einzusehen sind. Allgemeines Interesse beansprucht die bei rachitischem Zwergwuchs gefundene Vermehrung des Kreatin und Verminderung



der Kreatininausscheidung. Als Ursache wird die rachitische Leber- und Muskelerkrankung herangezogen. **Hoffmann**-Heidelberg.

47) **Schubad.** Die gleichzeitige Verabreichung von Phosphorleberthran mit einem Kalksalze bei Rachitis. (Jahrb. f. Kinderheilk. LXXII, 7.)

Verf. stellte an 2 Rachitikern vor längerer Zeit bis 25 Tage sich erstreckende Stoffwechselversuche an, bei denen er die Bilanz an Phosphor, Kalk, Stickstoff und Fett im Stuhl bestimmt. Während der Beobachtungszeit wird periodisch Phosphor, Phosphorleberthran allein und in Verbindung mit phosphorsaurem, essigsaurem und zitronensaurem Kalk dargereicht und die Ergebnisse verglichen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Essigsaurer Kalk wird retiniert im Gegensatz zu phosphor- und zitronensaurem Kalk.

2. Die Phosphorretention geht parallel der Kalkretention.

3. Die Zufuhr von Kalksalzen steigert den Stickstoffgehalt des Kotes und vermindert demnach die Stickstoffresorption, doch wird die Stickstoffretention dank der starken Verminderung des Harnstickstoffs dennoch gesteigert.

4. Durch die Verabreichung der Kalksalze wird die Fettresorption stark verschlechtert. **Hoffmann**-Heidelberg.

48) **Krukenberg** (Elberfeld). Neue Probleme zur Behandlung der Belastungsdeformitäten. (Zeitschr. f. orthop. Chir. XXV. Bd., S. 27.)

Die von K. angegebenen Apparate verfolgen das Prinzip, die deformierende Wirkung der Schwerkraft in eine korrigierende zu verwandeln. Auch zur Extension des Beines verwendet K. das Körpergewicht des Patienten selbst. Bei der Skoliose wird die Kraft von Gewichten benutzt, um einen seitlich wirkenden Druck auf die hervorragenden Teile des Thorax auszuüben. Bei der Konstruktion von gymnastischen Apparaten zur Behandlung von Gelenkversteifungen etc. verwendet K. Pendel, die je nach ihrer Aufhängung resp. nach ihrer Stellung zum Körper in ihrer Wirkung verschieden sein können. Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

49) **Bockenheimer.** Ueber Sportfrakturen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1911, Nr. 1.)

B. berichtet in der vorliegenden Arbeit über die bei Ausübung verschiedener Arten des Sports und die durch moderne Verkehrs-

mittel zustande kommenden Knochenbrüche, bei denen bezüglich der Nachbehandlung dasselbe gilt wie bei den aus anderen Ursachen entstehenden Knochenbrüchen, nämlich in erster Linie durch regelmässige aktive Uebungen die Funktion wieder zu erzielen. Dabei kann man die Beobachtung machen, dass man gerade bei den Sporttreibenden in relativ kurzer Zeit ausgezeichnete funktionelle Resultate erzielt, da hier die Patienten meist die Nachbehandlung mit grosser Energie unterstützen, um ihrem Sport möglichst bald wieder nachgehen zu können. Für die Sportfrakturen, die der Reihe nach besprochen werden, kommt natürlich dieselbe Therapie in Beracht wie für alle übrigen Frakturen auch. **Blencke**-Magdeburg.

50) **Kirschner** (Königsberg). Ein Hebelapparat zur Beseitigung der Dislocatio ad latus bei Knochenbrüchen. (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr. 52, S. 1633ff. 2 Abb.)

Beschreibung des Apparates und genaue Angabe der Technik. 2 Zeichnungen illustrieren die Anwendungsweise. Der Apparat kann auch zur Reposition einzelner Luxationen verwendet werden.

Natzler-Heidelberg.

51) **Blenke** (Magdeburg). Die tabischen Arthropathien und Spontanfrakturen in ihrer Beziehung zur Unfallversicherungsgesetzgebung. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 25, S. 551.)

Die tabischen Gelenkleiden und Spontanfrakturen kommen allermeist im prodromalen Stadium der Erkrankung vor, ehe überhaupt noch deutliche Symptome von Seiten des Nervensystems auftreten. Meist treten diese Frakturen und Gelenkaffektionen nach minimalen Traumen oder ohne solche auf, sodass man in der Beurteilung dieser Erkrankungen in Bezug auf die Unfallgesetzgebung mit grösster Vorsicht verfahren muss. Dass ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung des Zentralnervensystems und der der Knochen besteht, muss man wohl annehmen, weshalb aber die Fraktur erfolgt, steht noch keineswegs fest. Der bei mikroskopischen Untersuchungen gefundene Mangel an Kalksalzen würde eher zu einer Biegung der Knochen als zu einem Bruch führen. Möglicherweise ist die Ursache wenigstens zum Teil in der Anästhesie der Knochen und dem herabgesetzten Muskeltonus zu finden. Therapeutisch sind chirurgische Massnahmen bei den Arthropathien nicht angebracht, als bestes Mittel ist der Schienenhülsenapparat zu empfehlen. Die Frakturen verlaufen im allgemeinen ebenso wie andere Brüche. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



52) **Diem.** Ein Fall von multipler Gelenkentzündung nach einer probatorischen Tuberkulininjektion von 0,5 mg. (Münch. med. Woch. 1911, Nr. 5.)

Bei einer 32jährigen Frau blieb nach einer doppelseitigen Pyelitis infolge einer Cystitis eine länger dauernde Bakteriurie zurück, auch traten zeitweise rheumatoide Erytheme auf. Obwohl im Urinsediment keine Tuberkelbazillen zu finden waren, dachte man an eine der Erkrankung zugrundliegende Tuberkulose. Die Ophthalmoreaktion führte zu heftiger Konjunktivitis und Bildung eines Ekzemknötchens, die Pirquetsche Reaktion zu Papelbildung. Nach Abheilung dieser Erscheinungen wurde am rechten Arm eine probatorische Tuberkulinreaktion von 0,5 mg gemacht. Am folgenden Tag Temperatursteigerung auf 39° und stark ödematöse Anschwellung des rechten Vorderarms mit Rötung der Haut, sowie Ergüsse im rechten Hand- und sämtlichen Fingergelenken. Die Haut an den Gelenken war livide verfärbt, die Bewegungen sehr schmerzhaft, auch bestanden spontane Schmerzen im Vorderarm In der Achselhöhle fühlte man kleinere druckempfindliche Lymphdrüsen, die Haut des Schultergelenkes, der Fossa supraclavicularis, sowie über dem Pectoralis major war stark hyperalgetisch. 6 Tage lang abends Temperaturen bis 39°. Auf der Lunge rechts anfangs Rasseln. Das Oedem und die Gelenkschwellungen verschwanden nach 10 Tagen unter Wärmebehandlung und Hochlagerung, doch blieb eine Schmerzhaftigkeit in den Fingergelenken bei Faustschluss zurück. —

Eine Infektion ist ausgeschlossen. Es dürfte sich um eine Ueberempfindlichkeit gegenüber Tuberkulin handeln, wofür die starke Haut- und Augenreaktion spricht. In einem ähnlichen Fall in Dortmund trat bei einem jungen Mann mit Lungenspitzenaffektion nach einer Einspritzung von 1 mg Alttuberkulin eine rheumatische Entzündung mehrerer Gelenke und eine Herzklappenentzündung auf, wahrscheinlich ein akuter tuberkulöser Gelenkrheumatismus, der durch die Einspritzung ausgelöst wurde. Zum Schutz gegen Tuberkulinschädigungen empfiehlt D. die Prüfung des Individuums mit der Pirquetschen Reaktion. Entsteht dabei eine sehr grosse Papel, dann ist Vorsicht geboten.

Hohmann-München.

53) **Fuchs.** Ueber die Behandlung tuberkulöser Kinder mit hohen Tuberkulindosen. (Jahrb. f. Kinderheilk. LXXII 5.)

Die Art des Vorgehens war das nach Schlossmann unter möglichster Vermeidung stärkerer Reaktionen. Verlangsamtes Einsetzen



der Immunität war meist ein Hinweis auf einen ausser Knochen und Gelenkstuberkulose bestehenden Lungenherd.

Der Gesamteindruck der Behandlungsweise war ein durchaus ungünstiger. Monatelanges Fiebern, Sinken des Allgemeinzustandes, Blässe, Anorexie, Gewichtsstillstand, auch dort wo vorher Zunahme bestand, Schmerzen an der Injektionsstelle und dem Orte der Erkrankung.

Die Pirquetsche Reaktion wird negativ, so lange unverdünntes Tuberkulin gespritzt wird.

Die lokalen Prozesse können sich verschlimmern und an andere Stellen propagieren.

Bei leichteren Lungenfällen wurden bessere Resultate beobachtet wie bei den kariösen und fungösen, aber auch keine sichere günstige Beeinflussung.

Injektionen in der Nähe der affizierten Stelle führte zu Hautreaktionen mit Oedemen, Hitze und Blasenbildung unter starkem Fieber. Aus der Regelmässigkeit dieser Reaktion war ein Rückschluss auf die tuberkulöse Natur einer Gelenkaffektion möglich, in deren Nähe eingespritzt wurde. **Hoffmann**-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

54) **Berliner Orthopädische Gesellschaft.**

Sitzung am Montag, den 6. Februar 1911.
Vorsitzender: Herr Joachimsthal.

1. Herr **Gerhartz**: Experimentelle Studien über den aufrechten Gang. Vortragender hat die Veränderungen studiert, die an einem zum aufrechten Gehen dressierten Foxterrier während einer Beobachtungsdauer von 28 Wochen aufgetreten sind. Die Wirbelsäule hat ihre Stellung verändert, indem die Brustwirbelsäule ventral concav, die Lendenwirbelsäule ventral convex ausgebogen erscheint. Es haben sich bei der anatomischen Untersuchung starke Transformationen an den Knochen, besonders der Tibia und des Femur gefunden. Herz und Lungen haben beim Stehhund ihre Lage geändert. Die Befunde des Vortragenden sprechen gegen die Belastungstheorie; die Wachstumsrichtung gibt die Form beim aufrechten Gang.

2. Herr **Müller**: Vorstellung eines Falles von caput obstipum bei angeborenem einseitigen Defekt des M. sterno-cleidomastoideus. Aetiologie des Muskeldefektes vielleicht infantiler Schwund des Accessorius-Kernes, der allerdings bis jetzt nie einseitig beobachtet worden ist.

Dazu Herr Joachimsthal.

3. Herr **Rohardt**: Vorstellung eines Kindes mit einer nach doppelseitiger Halsdrüsenexstirpation entstandenen doppelseitigen Accessoriuslähmung. Ausfall beider Mm. cucullares. Kinematographische Vorführung, welche die Bewegungsstörung gut erkennen lässt.



4. Herr **Müller**: Bericht über zwei Fälle von rachitischen Spontanfrakturen am unteren Tibiaende, die nach ihrer deformen Heilung nach zweimaliger vergeblicher Osteotomie von anderer Seite von dem Vortragenden durch Exstirpation des Callus, Distraktion der Fragmente ad longitudinem und Schienenhülsenapparat geheilt worden sind.

Dazu Herr Helbing: Er hält die beiden Fälle für kongenitale Pseudarthrosenbildung. Therapie bekanntlich sehr schwierig. Vielleicht Bolzung am Platze. Das erste der von Müller gezeigten Kinder ist noch nicht geheilt.

Dazu Herr Joachimsthal: Schliesst sich der Ansicht Helbings an.

Herr Müller: Schlusswort. Bleibt bei seiner Ansicht, dass Rachitis vorliege.

5. Herr **Ehringhaus**: 6 Fälle von tuberkulöser Coxitis mit Spontanfrakturen am unteren Femurende, die auf trophische Störungen zurückgeführt werden müssen. Nach Ansicht des Vortragenden ist das untere Femurende eine Prädilektionsstelle für diese Art von Spontanbrüchen.

Dazu Herr Wollenberg und Herr Böhm: Beide haben solche Spontanfrakturen auch nach angeborener Hüftverrenkung gesehen.

Herr Peltesohn hält die Tibia distal vom oberen Epiphysenende gleichfalls für eine Prädilektionsstelle solcher Frakturen, Herr Müller das obere Femurende.

6. Herr **Wohlauer**: Vorstellung eines 16 jährigen jungen Mannes, bei welchem eine Spondylitis tuberculosa $1^1/_2$ Jahre vor ihrem Manifestwerden mit einer homologen Ischias scoliotica begann, die aber unter Röntgentherapie in der Zwischenzeit verschwand.

Dazu Herr Böhm.

7. Herr **Kölliker** (Leipzig): Zur Therapie des spastischen Plattfusses. Vortragender hat in zwei Fällen von spastischem Plattfuss, der in dem einen Falle durch multiple Sklerose, in einem anderen durch Hydrocephalus bedingt war, die Supinatoren des Fusses verlängert, die Pronatoren verkürzt und ein gutes Resultat erhalten. Er empfiehlt die Sehnenplastik für solche Fälle.

Dazu die Herren Helbing, der einen Pes equino-valgus spasticus bei der Little'schen Krankheit gesehen, und Herr Sachs, der zwei Fälle mit spastischer Verkürzung der Peroneussehne mit Tiefertreten des Grosszehenballens gesehen und durch Tenotomien Besserung erzielt hat. Dazu ferner die Herren Joachimsthal und Peltesohn.

8. Herr **Wollenberg**: Knochenzyste im os naviculare. Bei einem Studenten fand sich typischer Druckschmerz in der Tabatière und Störung der Dorsalflexion nach Verletzung der Hand. Röntgenbild ergab zentrale Aufhellung im os naviculare. Bei der Operation frakturierte der Knochen in dem Augenblick, wo er aus seinem Lager herausgehoben wurde. Es ergab sich eine Zyste auf der Basis einer Ostitis fibrosa. Histologisch fand sich ein Callus in der Corticalis, der dafür spricht, dass eine Infraktion des Kahnbeins vorausgegangen ist, an die sich der Prozess angeschlossen hat. Dieser Befund spricht gegen die Preisersche Annahme der Bandabreissung als primärer Ursache. Die Exstirpation des os naviculare ist bei der vorliegenden Affektion das gegebene Verfahren.

Dazu Herr Preiser: Er zeigt mehrere einschlägige Fälle seiner Beobachtung. Als Ursache nimmt er wie Wollenberg eine rarefizierende Ostitis durch Nekrotisierung an, indem durch Verletzungen die normale Ernährung zugrunde geht.

Bibergeil-Berlin.



55) **Dreifuss.** Aerztl. Verein Hamburg. 7. VI. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 46, 1910.)

Asymmetrische Körperentwicklung. 6jähr. früher gesundes Mädchen blieb seit $1^1/_2$ Jahren körperlich und geistig zurück. Gesteigerte Reflexe, Hypersensibilität, Vergrösserung der rechten Schädelhälfte und der rechten Extremitäten. Längendifferenz der oberen 5, der unteren 4 cm, Umfangdifferenzen 3—4 cm. Haut fühlt sich hier trocken, verdickt an, Knochenstruktur im Röntgenbild nicht so gut ausgeprägt wie links. Der Thorax mit Mamma ist dagegen links stärker ausgebildet. Von Schilddrüse nichts zu fühlen.

Hohmann-München.

56) **Künne.** Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde Berlin. 31. X. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 47, 1910.)

Angeborene Missbildungen.

a. Angeborene Skoliose: 6 Lumbalwirbel, 10 Brustwirbel, 1 Keilwirbel, von dem 1 Rippe ausgeht, zwischen 6. u. 7. Halswirbel noch 1 Keilwirbel, Auf der Keilwirbelseite 11 Rippen, auf der anderen 10 Rippen. — Bei anderem Patienten hat der letzte Lendenwirbel im Röntgenbild Gestalt eines Ringes, der Wirbelkörper scheint defekt.
b. Amniotische Abschnürung an Armen und Füssen ohne sonstige Deformitäten.
c. Beiderseitige Radiusköpfchenluxation, bei Littlescher Krankheit.
d. Partieller Ulnadefekt mit knöcherner Ankylose des Ellenbogens.
e. Totaler Defekt des fibularen Strahls, Fehlen der Fibula und der 5. Zehe mit Metakarpus.
f. Defekt beider Füsse (Ektromelie) und Verkürzung der noch knorpeligen Unterschenkel (Alter des Kindes $2^1/_2$ Jahre.) **Hohmann**-München.

57) **Preiser.** Aerztl. Verein Hamburg. 26. IV. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 40, 1910.)

Angeborene Gelenkmissbildungen. Doppelseitige Ankylose beider Daumen-Interphalangealgelenke, die jetzt in Pubertät spontan beweglich werden. Daumen verbreitert, kürzer, Glanzhaut. Normale Knochenkonturen im Röntgenbild, bis auf Kürze und Breite der Phalangen. Der Vater des Pat. hat dieselbe Missbildung am linken Daumen. Offenbar Ausbleiben der Gelenkkapselbildung. — 2. Fall: Doppelseit. angeb. Supinationsstörung des Ellenbogens. Beugung und Streckung frei, Pro- und Supination links unmöglich, rechts bis 45°. Links steht Radiusköpfchen in scheinbarer Luxationsstellung, es besteht offenbar gar kein differenziertes Gelenk. Hemmungsmissbildung. **Hohmann**-München.

58) **Mohr.** Gesellsch. f. Geburtshülfe und Gynäkologie Berlin. 27. V. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 45, 1910.)

Lebende kindliche Missbildungen. Mädchen, in normaler Schädellage geboren, mit Luxation eines Oberschenkels, mit Atrophie des Unterschenkels, Fehlen der Klitoris und Anus vesicovaginalis mit dauerndem Urinabgang.

Hohmann-München.



59) **A. Reiche.** Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde Berlin. 31. X. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 47, 1910.)

a. Lues congenita. $3^1/_2$ Wochen alter Säugling. Kontrakturen der oberen und unteren Extremitäten. Röntgenbild zeigt Osteochondritis luetica des linken Oberarms und Ellenbogens.

b. Folgezustände der Rachitis. Infantile Osteomalazie bei 6 jähr. Mädchen, starke Verkrümmungen der Extremitäten, zahlreiche Spontanfrakturen. Bei Rachitikern Plattfüsse, Skoliosen, crura vara, coxa vara. Behandlung mit Langes Einlagen und Liegebrett usw. **Hohmann**-München.

60) **Stolz.** Unterelsäss. Aerzteverein Strassburg. 25. VI. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 46, 1910.)

Osteopsathyrose. 19 jähr. Mann brach sich schon rechten Vorderarm, linken Oberschenkel, rechten Oberschenkel aus geringfügigem Anlass. Zuletzt fuhr er auf einem Wagen und liess die Beine über das Sitzbrett frei herabhängen. Ein Stoss des Wagens genügte um den Oberschenkel genau am Rande des Sitzbretts zu brechen. Heilung schnell, ohne Verkürzung. Mann stammt aus Vegetarierfamilie und ist selbst strenger Vegetarier.

Hohmann-München.

61) **Sielmann.** Aerztlicher Verein München 2. XI. 1910. (Ref. Münch. Med. Woch. No. 2, 1911.)

Osteomalazie. Röntgenbilder einer 39jährigen Frau, deren Krankheit vor 3 Jahren begann: An den einzelnen Knochen netzartige Hohlräume im Markraum, verdünnte Corticalis, der Knochen gleichsam nur noch von Periost zusammengehalten. Am Becken läuft die Linea innominata mehr gradlinig, die Femora zeigen leichte Coxavara-Stellung. Bestrahlung mit Röntgenstrahlen scheint die Festigkeit der Knochen zu bessern. **Hohmann**-München.

62) **Menzer**: Verein der Aerzte in Halle 30. XI. 1910. (Ref. Münch. Med. Woch. No. 4, 1911).

Rheumatismus tuberculosus Poncet. Bei 20 jährigem Soldaten entwickelten sich allmählich schleichend Entzündungen in den Gelenken mit geringem Exsudat und starker Neigung zur Ankylose. Salicyl und Bäder ohne Erfolg. Wassermann negativ. Streptokokken-Serum von geringem Erfolg. Pirquet stark positiv und auf $^2/_{10}$ Mg. Tuberkulin Kochii starke Allgemein-Erscheinungen mit Steigerung der Temperatur und lokalen Schwellungen und Schmerzen an den kranken Gelenken. Tuberkulin-Behandlung und warme Bäder besserten in 2 Monaten die Beweglichkeit der Gelenke. Im Röntgenbild keine Veränderungen der Knochen, also Erkrankung der Synovialis.

Hohmann-München.

63) **Pochhammer.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 11. VII. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 45, 1910.)

Parostale Kallusbildung. P. hat experimentell versucht, Myositis ossificans zu erzeugen. Durch Verletzungen der Muskeln (Ausschneiden eines Muskelstücks und Wiedereinpflanzen) entstand nur eine Muskelschwiele. Auch Einlagerung ausgeglühter Knochenteilchen hatte keinen Effekt. Kallus bildete sich erst, wenn das Periost abgelöst und verlagert wurde. In den



abhängigen Partien, wo das Blut sich sammelte, reichlichste und früheste Kallusbildung. Durch Einlagerung von Blutkuchen und Blutfibrin in eine durch Periostablösung entstandene Periostmulde konnte er Muskelknochen erzeugen. Die Muskelknochen sind also nichts als parostale Kallusbildung. Auch durch künstliche Fibrinpräparate bei Periostablösung gelang das Experiment. Das Fibrin scheint also die Zellproliferation und Kallusproduktion der Osteoblasten anzuregen. Bei zwei Pseudarthrosefällen wendete er dies Verfahren an. Im ersten gelang es, dicke Kallusbrücken neben den durch Naht vereinigten Knochen zu erzeugen, die zur Konsolidation beider Unterarmknochen führten. Im zweiten Fall war anscheinend durch Voroperationen der Knochen bezw. seine osteoblastischen Gewebsschichten zu sehr geschädigt, sodass der Erfolg ausblieb.

Hohmann-München.

64) **König.** Aerztlicher Verein Hamburg. 26. IV. 1910. (Ref. D. med. Woch. No. 40, 1910.)

Studien über Frakturheilung. Massgebend sind Frakturlinie und Bruchenden. Am wichtigsten ist der periostale Kallus, am unbedeutendsten der Markkallus und der intermediäre Kallus (vom Knochen selbst). Fehlen jeder Kallusbildung hat allgemeine Ursachen. Längeres Bestehenbleiben der Frakturlinie beweist, dass knöcherne Vereinigung noch nicht vorliegt. Bei Weichteilinterposition kalte Stauung, Jodinjektion, Zerreiben der Weichteile. Bei Pseudarthrose Anfrischen der Bruchenden und Periostknochenlappen auf die Nahtlinie. Bei allzureichlicher Kallusbildung, periostale Ossifikationen in den Muskeln, sogen. „frakturloser" Kallusbildung empfiehlt K. häufigen Stellungswechsel des Gelenkes während der Entstehung dieser Massen, um Versteifung zu verhüten.

Diskussion: Arning: Lues kann solche Kallusbildung erzeugen. Deutschländer: Verzögerte Kallusbildung nach blutiger Frakturbehandlung, besonders an den Stellen zu beobachten, wo der Silberdraht oder die Metallplatte liegt. Fraenkel will die atypischen Knochenbildungen ohne Fraktur nicht als Kallus bezeichnet wissen. Kümmell ist kein Freund der operativen Frakturbehandlung wegen der langsamen Kallusbildung. König: Frakturlose Kallusbildung bei Tabes. Bei Lues hat er sie nicht beobachtet. Die Bezeichnung hat er gewählt, weil es keine Myositis ist. Die Schuld mangelhafter Kallusbildung bei Silberdrahtnaht sei wohl nicht dem Silberdraht beizumessen, sondern eher der nicht genügenden Berücksichtigung des Periosts, das nicht genäht werde. Extensionsbehandlung ist für das Periost sehr günstig.

Hohmann-München.

65) **Stieda.** Aerztl. Verein Halle. 30. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 4, 1911.)

Ueber Knochenimplantationen. Vor 8 Monaten entfernte S. bei 8 jährigem Knaben wegen eines Knochentumors, der zystisch zerfallen war und eine Spontanfraktur des Humerus verursacht hatte, etwa 13 cm des Humerus einschliesslich des grössten Teils des Kopfes und implantierte sofort eine Knochenleiste der Tibia des Patienten, die auf der einen Seite mit Periost, auf der anderen mit etwas Knochenmark bedeckt war. Glatte Einheilung. Gute Funktion des Armes. — In einem anderen Falle implantierte Bramann vor 12 Jahren wegen Pseudarthrose der Tibia ein $5^1/_2$ cm langes Stück einer toten,



ausgekochten Tibia eines anderen Patienten, das einheilte und zur Konsolidation führte. Die Tibia gibt jetzt im Röntgenbild einen einheitlichen Schatten und weist von dem Implantatum nichts mehr auf. **Hohmann**-München.

66) **Sudeck.** Aerztlicher Verein Hamburg. 7. VI. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 47, 1910.)

Nagelextension. Nur dann, wenn keine guten Angriffspunkte für die Bardenheuersche Extension gefunden werden (Brüche der Malleolen und des untersten Teiles des Unterschenkels, schwere Weichteilzertrümmungen). Sonst Bardenheuersche Extension. **Hohmann**-München.

67) **E. Fritzsche.** Med. Gesellsch. Basel. 2. VI. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 47, 1910.)

Entstehung der Fettembolie. Experimentell wies F. nach, dass durch Erschütterung der langen Röhrenknochen Fettembolie auf dem Lymphweg entsteht und durch Drainage des ductus thoracicus vermieden werden kann, Frakturen und Zerstörung des Knochenmarks machen Fettembolie auf dem Blutweg. Ligatur der aus der Extremität abführenden Venen verhindert die Verschleppung des Fetts in die Lungen. Operative Drainage des ductus thoracicus ist von Wilms einmal gemacht worden, ein nicht schwerer Eingriff. Statistik der operativen Verletzungen des ductus weist unter 28 Fällen 2 Todesfälle und 26 Heilungen auf. **Hohmann**-München.

68) **F. Haenel.** Gesellsch. für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 5. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 2, 1911.)

Beitrag zur Behandlung der Pseudarthrosis. Von 8 Fällen genügte bei 7 die Naht oder die Fixierung der Knochenenden mit Klammern. Ein schwieriger Fall, der jahrelangen Versuchen anderwärts getrotzt hatte, (Bruch der Tibia im untern Drittel im Alter von 2 Jahren mit Ausgang in Pseudarthrose und starkem Missverhältnis der weitergewachsenen Fibula zur verkürzten Tibia. Eine Resektion der Fibula zum Ausgleich des Missverhältnisses führte auch hier zur Pseudarthrose und allmählicher Verkrümmung.) H. pflanzte das obere Fibulaende in das etwas ausgehöhlte untere Tibiaende und befestigte auch das untere Fibulaende an die Vereinigungsstelle. Er osteotomierte zu diesem Zweck die Fibula unterhalb ihres Kapitulum und auch oberhalb des Malleolus fibulae. Auch das obere Tibiaende vereinigte er mit der Fibula. Vorzügliches Resultat, tragfähiges Bein. **Hohmann**-München.

69) **Hoeftmann.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde Königsberg. 2. V. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 40, 1910.)

Prothesen. Knabe von 12 Jahren mit Defekt des rechten Beins bis auf 11 cm langen Stumpf. Prothese mit beweglichem Kniegelenk, besteht aus einfachem Gerüst mit durch Schlitze zu verlängernden Schienen wegen des Wachstums. — 7jähriges Kind mit totalem Defekt beider Unterschenkel Prothesen mit beweglichem Kniegelenk und einstweilen ganz kurzen 6—7 cm langen Unterschenkeln. — Mann mit Defekt beider Hände nebst unterem Drittel der Unterarme und Verlust der Füsse (am Orthopädenkongress vorgestellt). Einfache Vorrichtung zum Auf- und Zuschliessen seiner Wohnung und andere Einsatzstücke (z. Stiefelputzen usw.) **Hohmann**-München.



70) **E. Müller.** Aerztlicher Verein Marburg. 17. XI. 10. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 3, 1911.)

Hereditär-familiäre Form der kombinierten Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge bei zwei Brüdern, 5 u. 10½ Jahre alt aus gesunder Familie, keine Lues. Im Vordergrund steht Schädigung der Pyramidenbahnen, starke Steigerung der Reflexe, Klonus, Babinsky, Verkürzung der Wadenmuskeln und Parese der Dorsalflektoren des Fusses und der Peronei. Der Muskeltonus an den Beinen ist eher herabgesetzt als gesteigert, ebenso an den Bauchmuskeln. Stehen und Gehen bei beiden Brüdern in gleicher Weise verändert. Breitbeiniges Stehen mit starkdurchgedrückten Knien, deren Bandapparat erschlafft ist, nach vorn gebeugtem Oberkörper, starker Lendenlordose, vorspringendem Bauch. Der Gang geschieht mit einwärts gesetzten deutlich herabhängenden Fussspitzen, mit schleifenden Zehen, Neigung zum Ueberkreuzen der Füsse (aber nicht der Oberschenkel und Kniee wie bei Little). Beim kleinen Patienten deutliches Watscheln wie bei Muskeldystrophie. Ausser etwas erhöhtem Lumbaldruck, Eosinophilie des Blutes und Herabsetzung der Pulsfrequenz keine Veränderungen.

Gegen Friedreich spricht neben Steigerung der Reflexe das Fehlen der Ataxie. Es überwiegen die Pyramidensymptome. Da aber keine Hypertonie, sondern eher eine Abschwächung des Muskeltonus besteht, gehört das Bild auch nicht zur spastischen Spinalparalyse. Es muss als hereditär-familiäre Form der kombinierten Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge aufgefasst werden. **Hohmann**-München.

71) **Biesalski.** Verein für innere Medizin u. Kinderheilkunde Berlin. 31. X. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 47, 1910.)

Spastische und schlaffe Lähmungen. Vorstellung von Fällen, die mit Sehnenverpflanzungen, Arthrodesen, Tenotomien, Radikotomie behandelt wurden. Ein besonders schwerer Fall Little'scher Krankheit mit hochgradigster Atethose, die sich auch auf Mimik, Schluck- und Zungenbewegung erstreckt, ohne Intelligenzstörung. **Hohmann**-München.

72) **Engels.** Aerztlicher Verein Hamburg. 17. I. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 4, 1911.)

Behandlung von Neuralgien mit Nervenmassage. 3 Fälle, die mit der Corneliusschen Methode erfolgreich behandelt wurden: Eine Neuralgie des Vorderarms mit 55 Massagen geheilt, eine seit 4 Jahren bestehende Neuralgie des Mittelfingers, bei der Elektrizität und Injektionen erfolglos waren, mit 30 Massagen geheilt, eine hartnäckige Ischias, die allen Kuren trotzte, mit 33 Massagen geheilt, dann nach 1 Jahr rezidiviert, mit 15 weiteren Massagen geheilt. 10 Ischiasfälle sind bisher von E. geheilt worden.

Hohmann-München.

73) **W. His.** Berlin. med. Gesellsch. 18. I. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 4, 1911.)

Behandlung von Gicht und Rheumatismus mit Radium. Von 100 mit Radium behandelten Fällen von chronischem Rheumatismus zeigten die meisten bedeutende Besserung, 5 wurden geheilt. Die Schmerzen nehmen ab,



Kontrakturen gehen zurück. Von 28 Fällen echter Gicht wurden 24 gebessert, 4 blieben ungebessert. Innerhalb einiger Wochen verliert das Blut den Harnsäuregehalt, in 2 Fällen verschwanden Ohrtophi. Die Behandlung besteht teils in Einatmung in Emanatorien, teils in Injektion von radiumhaltigen Salzen, teils in Trinkkuren. Die entzündliche Auswanderung der Leukozyten sistiert, Fermente werden aktiviert. Im Beginn der Behandlung oft erhöhte Reaktion. — Die Diskussion brachte die guten Erfahrungen verschiedener Herren mit dieser Behandlungsart zum Ausdruck, bei Interkostalneuralgie mit radiumhaltigen Kompressen u. a. **Hohmann**-München.

74) **Kirsch.** Mediz. Gesellsch. Magdeburg. 3. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 5, 1911.)

Verletzung der Lendenwirbelsäule. 40jähr. Mann. Das Röntgenbild zeigt Asymmetrie des 5. Lendenwirbels, die Ludloff als diagnostisch wichtig für die Frakturen dieser Gegend bezeichnet hat. **Hohmann**-München.

75) **Schuster.** Berliner medizin. Gesellsch. 11. 1. 1911. (Ref. Münch. Med. Woch. No. 3, 1911.)

Traumatische Wirbelsäulenverletzung, bei der wiederholte Ohnmachtsanfälle eintraten, sodass eine Spondylitis des 5. und 6. Brustwirbels angenommen wurde. Es handelt sich aber um eine hysterische Wirbelskoliose infolge Kontraktur. **Hohmann**-München.

76) **Chiari.** Unterelsässischer Aerzteverein Strassburg. 7. V. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 43, 1910.)

Spondylolisthesis. 70jähr. Mann, an Lungenembolie gestorben. Die Sektion fand den Körper des 5. Lendenwirbels an dem des 1. Sakralwirbels um 1 cm weit nach vorn geglitten. Ursache: Spondylolysis interarticularis des 5. Lendenwirbels. **Hohmann**-München.

77) **Schlesinger.** Gesellsch. für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. 15. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 1, 1911.)

Spondylitis cervicalis. Vor 1½ Jahren war das 13jährige Mädchen an allen vier Extremitäten und der Rumpfmuskulatur gelähmt, hatte Nackensteifigkeit, Rust'sches Symptom, Schwellung der Weichteile des Nackens, Muskelatrophie der Hand mit Entartungs-Reaktion, mässige Sensibilitätsstörungen an Händen und Füssen, Blasen- und Mastdarmlähmung, Dekubitus am Kreuzbein. Im Gipsbett blieb die Lähmung länger als 1 Jahr, dann ging sie allmählich zurück, zuerst an den Füssen. Jetzt kann Patientin ohne Unterstützung im Gipskorsett gehen, sogar laufen. **Hohmann-München.**

78) **Max Böhm.** Berliner medizin. Gesellsch. 11. I. 1911. (Ref. Münch. Med. Woch. Nr. 3, 1911.

Bedeutung der Rachitis für die Ätiologie der jugendlichen Rückgratsverkrümmungen. In 50 % ist die Rachitis die Ursache der Skoliose. Im lumbodorsalen Teil der Wirbelsäule sieht man den Wirbelknick, an den sich im oberen Teil der Brustwirbelsäule eine kompensatorische Verbiegung nach der anderen Seite anschliesst. Daraus entstehen die typischen S-förmigen Schulskoliosen. Die schwersten Formen sind die mit Torquierung.



Wegen dieser anatomischen Ursachen hält B. die Versuche durch orthopädische Massnahmen in der Schule, wie sie vom preussischen Kultusministerium unterstützt wurden, für aussichtslos. **Hohmann**-München.

79) **Kirsch.** Medic. Gesellsch. Magdeburg. 3. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 5, 1911.)

Aetiologie und Therapie der Skoliose. Die Mehrzahl der schweren Skoliosen werden schon in die Schule mitgebracht und sind rhachitischen Ursprungs. Wichtig ist es, die Kinder im 1. Lebensjahr, wo die Rhachitis noch florid ist, zu behandeln. Torsion bei gleichmässiger Bauchlage beachten! Oft bei geringer Torsion schon deutliche Veränderungen der Wirbelsäule im Röntgenbild. **Hohmann**-München.

80) **Plate.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 20. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 1, 1911.)

Ischias scoliotica. Die Scoliose verschwindet stets, sobald das Hüftgelenk gebeugt wird. Der Ileopsoas zeigte sich gegen Druck und bei Dehnung empfindlich. Deshalb wird Streckung im Hüftgelenk vermieden, wodurch das erkrankte Bein verkürzt ist. Darum abducirt oder adduciert Patient das gesunde Bein, das Becken stellt er schräg, wodurch die Wirbelsäule sich seitlich ausbiegt. Die Schmerzhaftigkeit des Ileopsoas beruht auf Neuralgie der sensiblen Nerven des Muskels. Durch Uebergang der Wurzel-Ischias auf den Plexus lumbalis entsteht diese Neuralgie. Sandbäder mit Massage, Dehnung des Muskels im warmen Wasserbade oder Einspritzungen von Novokain in den Muskel führte in 3—4 Wochen zum Ziel. **Hohmann**-München.

81) **Schüller.** Jahresversammlung der Gesellsch. deutscher Nervenärzte in Berlin. 6.—8. Oktober 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 41, 42, 1910.)

Operative Durchtrennung der Wurzeln und Stränge des Rückenmarks (Chordotomie). Sch. empfiehlt Durchschneidung der vorderen Partien der Seitenstränge im obersten Dorsalmark bei gastrischen Krisen, der Hinterstränge, (ev. auch der Kleinhirnseitenstränge) bei spastischen Paresen. Diskussion: Auerbach berichtet über 1 Todesfall nach Foersterscher Operation (Herzlähmung). — Nonne: 1 Little ist mit gutem Erfolg, eine Tabes mit, zwei Fälle ohne Erfolg nach Foerster operiert worden. Einmal Tod am nächsten Tag, einmal Paraplegie, nach 5 Monaten noch bestehend. — Rothmann hält den Schüllerschen Vorschlag für bedenklich. — Erben warnt vor Schädigung der 4. Lumbalwurzel. Haenel: Gastrische Krisen schwanden schon nach Eröffnung der Wirbelsäule. Franke-Hochwart: Durchschneidung des 7.—9. Interkostalnerven beiderseits kann vielleicht Foerster bei gastrischen Krisen ersetzen. Foerster: Paraplegie kann durch Verletzung von Radikulararterien entstanden sein. **Hohmann**-München.

82) **Haenisch.** Aerztl. Verein Hamburg. 12. IV. 10. (Ref. Deutsche med. W. Nr. 37, 1910.)

Periarthritis humeroscapularis. Im Röntgenbild in der Gegend des Tuberculum majus humeri diffuse strukturlose Schatten (Kalkablagerungen in den Schleimbeuteln). Aetiologisch häufig Trauma, Therapie anfangs Ruhigstellung, dann Massage. Heissluft, Gymnastik, ev. Entfernung des Schleimbeutels. **Hohmann**-München.



83) **Ernst Müller.** Aerztlicher Verein Stuttgart. 7. IV. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 38, 1910.)

a. Fractura condyli externi humeri. Wegen Verdrehung des Fragments (Bruchfläche nach aussen, Knorpelfläche nach innen) Eröffnung des Gelenkes und Adaption. Volle Streckung und Drehung möglich, Beugung bis 60°.

b. Fractura processus coron. ulnae. Beugung des Ellenbogens nur bis 100° möglich und Ausfall der Drehung, weil das dislozierte Fragment in der Ellenbeuge lag und mit Capitul. radii verwachsen war. Abmeisselung erzielt Beugung bis 60°, Pro- und Supination bis zur Hälfte.

c. Fraktur der Vorderarmknochen. 12 jähriger Knabe. Fraktur dreifingerbreit über dem Handgelenk. Radiusfragmente an einander vorbeigeschoben, Reposition unmöglich. Blutige Adaption. Volles Resultat.

Hohmann-München.

84) **Dreifuss.** Aerztl. Verein Hamburg. 7. VI. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 46, 1910.)

Angeborene Radiusluxation. Anlässlich eines Armtraumas wurde die angeborene irreponible Luxation des Radiusköpfchens nach vorn bemerkt.

Hohmann-München.

85) **Wachsmuth.** Med. Gesellsch. Basel. 2. VI. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 47, 1910.)

Bolzung von Vorderarmfrakturen. 15 Fälle mit sehr gutem Erfolg behandelt. **Hohmann**-München.

86) **Franke.** Rostocker Aerzteverein. 12. V. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 41, 1910.)

Knochenzyste. 44 jähr. Frau mit jahrelangen heftigen Schmerzen in der Kuppe des linken Ringfingers. Druckschmerz. Röntgenbild: halbbohnengrosser Hohlraum in der Mitte der Endphalanx bei erhaltener Cortikalis. Resektion. **Hohmann**-München.

87) **Burk.** Aerztl. Verein Stuttgart. 7. IV. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 38, 1910.)

Sehnenscheidenentzündung des extensor pollicis longus. Schmerzen bei stärkerer Flexion und Opposition des Daumens. Die Basis des metacarpus I springt dabei auf der Streckseite der Hand stark vor, die Sehne springt schnappend über diesen Knochenvorsprung hin. Es handelt sich also um eine Sehnenscheidenentzündung infolge habitueller Subluxation im Carpometacarpalgelenk des Daumens. **Hohmann**-München.

88) **Zinsser.** Mediz. Gesellsch. Giessen. 24. V. 1910. (Ref. D. med. Woch. No. 45, 1910.)

Angeborene Hüftluxation. Bei 7 einseitigen Luxationen und 2 doppelseitigen zentrale Kopfstellung erzielt, bei einem doppelseitigen und auf einer Seite zentrale Einstellung. Alter 2—5 Jahre. Von 10 weiteren Fällen einseitiger Luxation trat bei 2 Fällen, die nach Calot mit Abduktion von 45° und Aussendrehung behandelt wurden, Transposition auf. Bei den 8 übrigen einseitigen zentrale Einstellung (Behandlung mit Lorenz'scher Primär-



stellung). Bei drei doppelseitigen gelang Retention nicht. Bei 3 Kindern über 9 Jahren kein befriedigendes Resultat. Verbandszeit anfangs 5, später nur mehr $3^{1}/_{2}$—4 Monate bei jüngeren Patienten, bei älteren noch kürzer. Keine Stellungsänderung während der Verbandperiode. **Hohmann**-München.

89) **Lackmann:** Aerztl. Verein Hamburg, 20. XII. 1910. Ref. Münch. Med. Woch. No. 1, 1911.)

Coxa valga adolescentium. 15 jähriger Schmiedelehrling. Rechts coxa valga von 160°, mit beträchtlicher Schenkelhalsverkürzung; rotiert man um 45° nach innen, so ist der Schenkelhalswinkel weniger erhöht und der Schenkelhals in normaler Länge. Das Hauptmerkmal der coxa valga adolescentium ist also nicht die Steigerung des Winkels, sondern vor allem eine beträchtliche Antetorsion des oberen Femur-Endes. **Hohmann**-München.

90) **Wilms.** Med. Gesellsch. Basel. 2. VI. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 47, 10.)

Mädchen mit hysterischem Hinken. Hysterische Kontraktur, die anfangs Coxitis vortäuschte. In Narkose Gelenk frei beweglich. Bei ähnlichem Fall täuschte der Gang das Bild einer angeborenen Hüftluxation vor. **Hohmann**-München.

91) **Nast-Kolb.** Aerztl. Verein Stuttgart. 7. IV. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 38, 1910.)

Myositis ossificans im Quadriceps femoris. Durch Fall aus 5 m Höhe Quetschung und Bluterguss im linken Oberschenkel. Nach 3 Wochen Heilung. Nach 6 Wochen an der Aussenseite des Oberschenkels eine harte 16 cm lange Geschwulst, gegen den Knochen etwas verschieblich; im Röntgenbild intaktes Femur, an Stelle der Geschwulst ein breiter längsgestreifter Schatten, der bogenförmig das mittlere Drittel des Femur überbrückt. **Hohmann**-München.

92) **Lonhard.** Aerztl. Verein Stuttgart. 28. IV. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 38, 1910.)

Patellarfrakturen. Blutige Behandlungsmethode der Wahl. Absolut indiziert bei ausgedehnter Zerreissung des seitlichen Streckapparates. Zu dieser Entscheidung Röntgenbild (Kantenstellung!) und Aetiologie (Rissfraktur!) heranziehen. **Hohmann**-München.

93) **Zeller.** Aerztl. Verein Stuttgart. 28. IV. 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 38, 1910.)

Abriss des ligamentum patellae. Durch Sturz starkes Hämatom des Kniegelenks, in dem ein beweglicher Körper zu fühlen ist. Bei der Inzision erweist es sich als das abgerissene Ligament. Naht. Volles Resultat. Auch bei einem 74 jähr. Pat. derselbe Erfolg. **Hohmann**-München.

94) **Joachimsthal.** Gesellsch. der Charitéärzte Berlin. 2. VI. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 46, 1910.)

Angeborene praefemorale Luxation des Unterschenkels. Kniegelenk stark hyperextendiert, sodass Vorderflächen von Ober- und Unterschenkel sich fast berührten. Tibiagelenkfläche stand vor den Femurkondylen. Ausserdem bestand doppelseitige Hüftluxation, was Joachimsthal schon in früheren Fällen feststellen konnte. **Hohmann**-München.



95) **Stieda.** Verein der Aerzte in Halle. 15. XI. 10. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 2, 1911.)

Operative Behandlung des ulcus cruris varicosum. Das Rindfleisch'sche Verfahren besteht in einem Spiralschnitt am Unterschenkel bis auf die Faszie, wobei die Lumina der erweiterten Venen an möglichst vielen Stellen unterbunden und dadurch verödet werden. Durch Granulationsbildungen sollen tiefe Narben entstehen, wodurch der Blut- und Gefässwand-Druck in den Venen fast aufgehoben wird. Die angeschwollenen Beine werden durch die ausgiebige Eröffnung der Gewebsspalten wesentlich dünner.

S. stellt einen durch diese Methode geheilten Fall einer bereits invaliden Frau vor. **Hohmann**-München.

96) **Schlesinger.** Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Berlin. 6.—8. Oktober 1910. (Ref. D. med. Woch. Nr. 42, 1910.)

Intermittierendes Hinken. 57 Fälle. Bei 29 % Anomalien der A. femoralis, bei 25 % der poplitea. Nach Aussetzen des Rauchens, antiluetischer Behandlung, auch nach Hemiplegie kann das Leiden schwinden. 4 mal Dyspraxie des Armes lange vor Auftreten von Arterienveränderungen. 50 Männer, sieben Frauen. 90 % Raucher, 50 % Luetiker, 71 % über 50 Jahre alt. — Erb: Unter 49 Fällen 57 % starke Raucher, unter 200 sonstigen Fällen nur 22 %. — Meyer u. Curschmann: Kein Erfolg mit Vasotonin. — Oppenheim: Bei der angiospast. Form häufig Degenerationszeichen wie Syndaktylie. — Bychowski (Warschau): Fast nur Männer, meist Juden. Häufig mit Plattfuss kombiniert. — K. Mendel: Bei jüdischen Zigarettenarbeitern häufig beobachtet, die selber gar nicht rauchten. **Hohmann**-München.

97) **Ernst Müller.** Aerzt. Verein Stuttgart. 7. IV. 10. (Ref. D. med. Woch. Nr. 38, 1910.)

Schwere Plattfüsse. 3 Lehrlinge nach der Müllerschen Methode (Verpflanzung der Tibialissehne aufs Naviculare) operiert. In einem Fall war auch noch Arthrodese des Chopartschen Gelenks wegen Schlottrigkeit notwendig, bei einem zweiten Ausmeisseln eines Keils mit der Basis nach innen unten aus der Fusswurzel, erst dann Sehnenverpflanzung. Form in allen Fällen befriedigend.

Hohmann-München.



— 15) **Schrödl**, Sekundäre Naht des Nervus radialis. — 16) **Redard**, Ulnarislähmung nach alten Frakturen. — 17) **Zuppinger**, Typische und suprakondyläre Radiusfraktur. — 18) **Abadie** et **Pelissier**, Primäre Knochennaht bei der Fraktur beider Vorderarmknochen. — 19) **Biret**, Ischämische Muskellähmung. — 20) **Schubert**, Frakturen und Luxationen der Handwurzelknochen. — 21) **Koerber**, Luxationen und Frakturen der Karpalknochen. — 22) **Fink**, Irreponible Daumenluxationen. — 23) **Ebret** et **Bienvenue**, Ektrodaktylie mit Missbildung des Ellenbogens. — 24) **Krauss**, Krauss'scher Schienengipsverband. — 25) **Zesas**, Gelenkschmerzen bei Hüftverrenkung. — 26) **Hohmann**, Antetorsion und Retrotorsion bei der kongenitalen Hüftverrenkung. — 27) **Mouchet** et **Séguirot**, Traumatische Hüftverrenkung bei Kindern. — 28) **Waldenström**, Herdreaktion auf Tuberkulin bei der Coxitis. — 29) **Kirmisson**, Iliakale Luxation bei Coxitis. — 30) **Bihaut**, Behandlung der Coxitis. — 31) **Calvé**, Besondere Form von Coxitis. — 32) **Quénu** et **Mathieu**, Schräge, transtrochantere Osteotomie. — 33) **Heymann**, Traumatische Luxationen des Kniegelenks. — 34) **Lévèque**, Traumatische Meniskusverletzungen des Kniegelenks. — 35) **Meyersohn**, Typische Frakturen bei Skiläufern. — 36) **Scheibe**, Osteome am Unterschenkel. — 37) **Rünte**, Kongenitaler Fibuladefekt und Pes equinus valgus. — 38) **Wierzejewski**, Isolierte Lähmung des Nervus Peronaeus nach Unterschenkelosteotomie. — 39) **Henlly** et **Boeckel**, Luxation des Metatarsus. — 40) **Bolten**, Morton'sche Form der Metatarsalgie. — 41) **Momburg**, Eine neue Plattfusseinlage. — 42) **Bienvenue**, Abnorm zurückstehende fünfte Zehe. — 43) **Heermann**, Redressement sich deckender oder gekrümmter Zehen. — 44) **Sumita**, Schilddrüsenveränderungen bei Chondrodystrophia foetalis und Osteogenesis imperfecta. — 45) **Peltesohn**, Beiträge zur Kenntnis der Wachstumsstörungen. — 46) **Schwarz**, Rachitischer Zwergwuchs. — 47) **Schubad**, Phosphorleberthran mit einem Kalksalze bei Rachitis. — 48) **Krukenberg**, Behandlung der Belastungsdeformitäten. — 49) **Bockenheimer**, Ueber Sportfrakturen. — 50) **Kirschner**, Beseitigung der Dislocatio ad latus bei Knochenbrüchen. — 51) **Blenke**, Tabische Arthropathien und Spontanfrakturen. — 52) **Diem**, Multiple Gelenkentzündung. — 53) **Fuchs**, Behandlung tuberkulöser Kinder.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 54) **Berliner Orthopädische Gesellschaft vom 6. II. 1911.** — 55) **Dreifuss**, Asymmetrische Körperentwicklung. — 56) **Künne**, Angeborene Missbildungen. — 57) **Preiser**, Angeborene Gelenkmissbildungen. — 58) **Mohr**, Lebende kindliche Missbildungen. — 59) **Reiche**, Lues congenita. — 60) **Stolz**, Osteopsathyrose. — 61) **Sielmann**, Osteomalazie. — 62) **Menzer**, Rheumatismus tuberculosus Poncet. — 63) **Pochhammer**, Parostale Kallusbildung. — 64) **König**, Studien über Frakturheilung. — 65) **Stieda**, Knochenimplantationen. — 66) **Sudek**, Nagelextension. — 67) **Fritzsche**, Fettembolie. — 68) **Haenel**, Pseudarthrosis. — 69) **Hoeftmann**, Prothesen. — 70) **Müller**, Kombinierte Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge. — 71) **Biesalski**, Spastische und schlaffe Lähmungen. — 72) **Engels**, Behandlung von Neuralgien mit Nervenmassage. — 73) **His**, Radiumbehandlung von Gicht und Rheumatismus. — 74) **Kirsch**, Verletzung der Lendenwirbelsäule. — 75) **Schuster**, Traumatische Wirbelsäulenverletzung. — 76) **Chiari**, Spondylolisthesis. — 77) **Schlesinger**, Spondylitis cervicalis. — 78) **Böhm**, Jugendliche Rückgratsverkrümmungen. — 79) **Kirsch**, Aetiologie und Therapie der Skoliose. — 80) **Plate**, Ischias scoliotica. — 81) **Schüller**, Chordotomie. — 82) **Haenisch**, Periarthritis humeroscapularis. — 83) **Müller**, Frakturen. — 84) **Dreifuss**, Radiusluxation. — 85) **Wachsmuth**, Bolzung von Vorderarmfrakturen. — 86) **Franke**, Knochenzyste. — 87) **Burk**, Sehnenscheidenentzündung. — 88) **Zinsser**, Angeborene Hüftluxation. — 89) **Lackmann**, Coxa valga adolescentium. — 90) **Wilms**, Mädchen mit hysterischem Hinken. — 91) **Nast-Kolb**, Myositis ossificans. — 92) **Lonhard**, Patellarfrakturen. — 93) **Zeller**, Abriss des ligamentum patellae. — 94) **Joachimsthal**, Praefemorale Luxation. — 95) **Stieda**, Ulcus cruris varicosum. — 96) **Schlesinger**, Intermittierendes Hinken. — 97) **Müller**, Schwere Plattfüsse.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von **Prof. Dr. O. Vulpius** in Heidelberg.

Verlag von **S. Karger in Berlin** NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. **Mai 1911.** **Heft 5.**

Die Behandlung des Pectus carinatum.

Von

Dr. GUST. ALBERT WOLLENBERG.

Privatdozent f. orth. Chirurgie an der Universität Berlin.

In folgenden Zeilen soll ein Apparat beschrieben werden, dessen ich mich zur Behandlung der Hühnerbrust bediene. Vorausschicken will ich, dass ich nach dem Vorgange von Schanz als Konstruktionsfundament das Gipsbett oder besser einen analogen aus Zelluloid gefertigten Lagerungsapparat benütze, den ich nur des Nachts, in besonders hochgradigen Fällen auch für einige Stunden des Tages, verwende. Im Prinzip unterscheidet sich mein Apparat bezüglich seiner Einwirkung auf den prominenten Teil der Thoraxmitte nicht von dem Schanz'schen Apparate, sondern nur in der Ausführung; dagegen weicht mein Verfahren von der Schanz'schen Konstruktion und von anderen Apparaten darin ab, dass ich eine besondere Einwirkung auf die seitliche obere Partie des unteren Thoraxabschnittes verwende. An dieser Stelle nämlich ladet bei der rhachitischen Hühnerbrust der Arcus costarum gewöhnlich stark nach der Seite aus, und gerade diese Stelle erfährt durch den auf die sternale Convexität einwirkenden Pelottendruck leicht eine Vermehrung ihrer Prominenz, wodurch natürlich der völlige Ausgleich der unschönen Deformität verhindert wird.

Das Gesagte wird wohl ohne Weiteres klar bei Betrachtung des Torso eines meiner Patienten, den Fig. 1 wiedergibt.

Nun zu unserem Apparate: Es wird ein Gipsabguss von dem



in Bauchlage befindlichen Patienten gemacht, wie wir ihn gewöhnlich als Gipsbett verwenden.

Von diesem Negativ wird wieder ein Abguss gemacht, der nun zur Anfertigung eines Zelluloidbettes mit eingearbeiteten Stahlbandverstärkungen dient. Dabei ist zu beachten, dass auf dem positiven Modell die seitlichen Thoraxpartien durch Auftragung von Gips um ein Weniges erhöht werden, damit das Zelluloidnegativ hier für den Ausgleich der Deformität, der natürlich mit einer Verbreiterung des queren Thoraxdurchmessers Hand in Hand gehen muss, Platz lässt.



Fig. 1.

An dem fertigen Zelluloidbette wird nun die Korrekturvorrichtung in folgender Weise angebracht: ein Stahlbügel (Fig. 2) wird auf der einen Seite durch Scharnier mit dem Bette verbunden, auf der anderen lässt er sich durch einen Schluss, analog dem an unseren Schienenhülsenapparaten, feststellen. Dieser Stahlbügel b ist oben durchlocht und trägt einen ebenfalls durchlochten Querstab q. In den erwähnten beiden Löchern gleitet ein drehrunder Stab, welcher unten eine Pelotte p trägt, oben einen Haken, über welchen ein auf beiden Seiten des Bügels beliebig stark anspannbarer



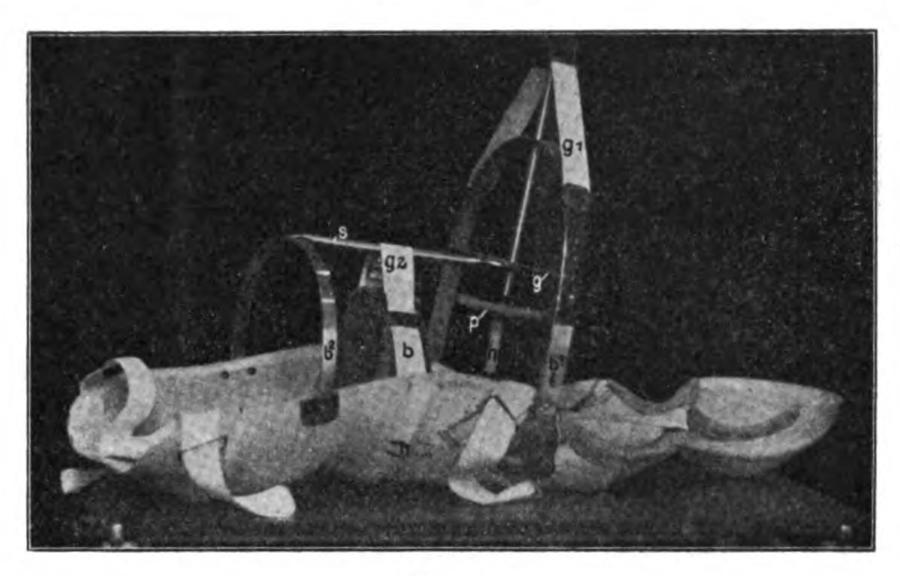


Fig. 2.

Gummizug g läuft. (Das in Fig. 3 unter der Pelotte sichtbare Stäbchen h ist nur für die photogr. Aufnahme untergestellt, um die Pelotte zu heben und die Gummizüge anzuspannen.) Mit dem Querstab q ist durch Scharnier ein weiterer runder Stahlstab verbunden, der an seinem unteren Ende einen dünnen Stahlbügel trägt, welcher, beiderseits unten durchlocht, sich einfach über ein paar

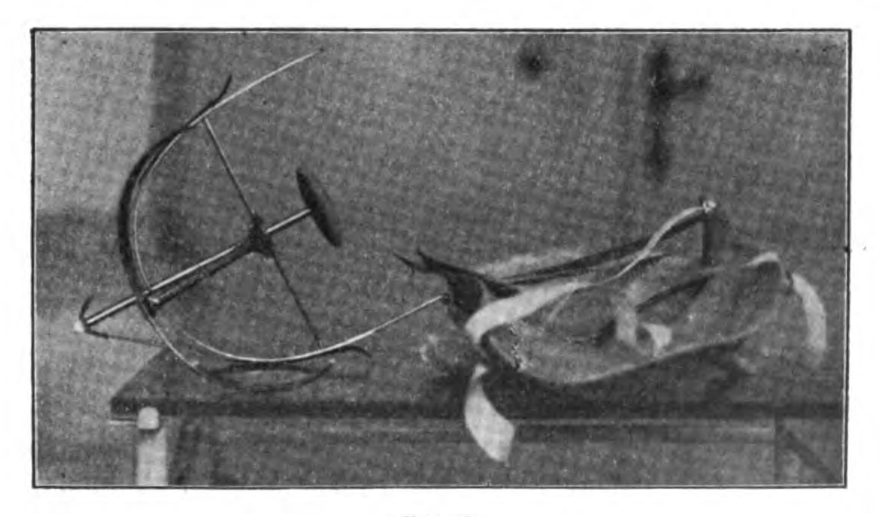


Fig. 3.

Metallknöpfe, die am Zelluloidbett angebracht sind, hinüberdrücken und so befestigen lässt. Ueber den Stahlstab s werden durch Schnalle zwei beliebig fest anzuziehende Gummibänder g_2 vereinigt, die jederseits nicht etwa am Rande des Zelluloidbettes, sondern weit tiefer, bei n, in der Höhe der stärksten Prominenz des aus-

ladenden Rippenbogens angenäht sind. Diese Gummibänder tragen verschiebbare, weich gepolsterte, als Pelotten dienende Lederstücke l.

Im Uebrigen wird das Bett mit Gurten für die Oberschenkel und die Brust armiert. Wie Fig. 3 zeigt, lässt sich das auf dem Bette montierte Stahlgerüst leicht zur Seite umklappen. So wird der Patient in das Zelluloidbett gelegt, festgeschnallt, die Stahlbügel werden herübergeklappt, befestigt, die Gummizüge angespannt. Der Druck der Pelotten lässt sich beliebig dosieren, der Thorax selbst ist ausser an den 3 Stellen, auf welche der Druck wirken soll, absolut frei. Die Brustpelotte p mit ihrem Stabe steigt und fällt mit der Exspiration und Inspiration. Ich lege Gewicht darauf

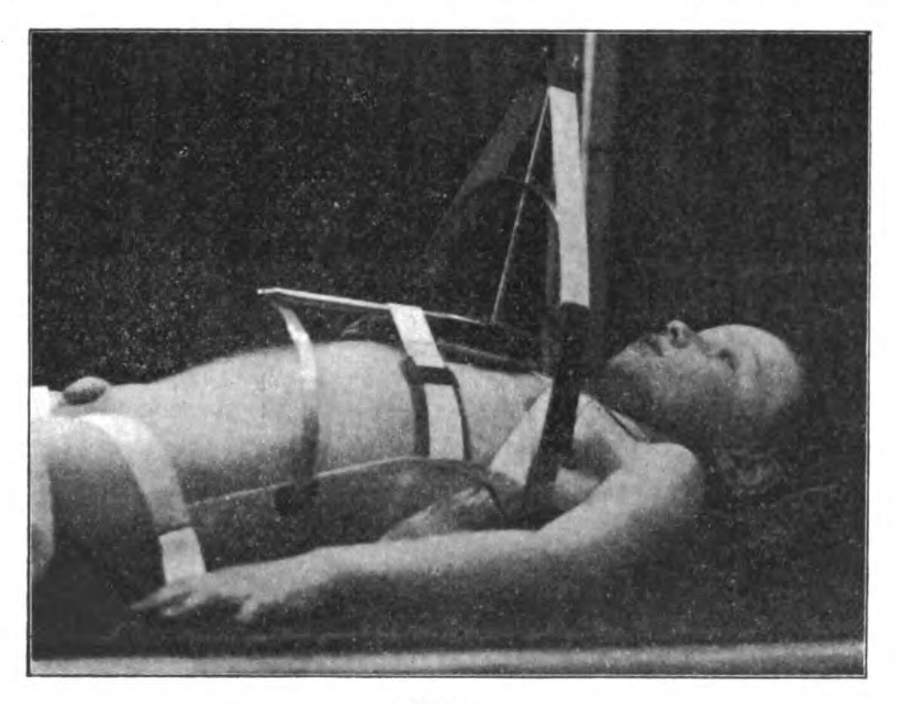


Fig. 4.

dass dieser die Hauptpelotte tragende Stab in seiner durch die Atmung bedingten Exkursion nicht behindert wird, dass er also z. B. im Bette nicht durch das Oberbett zugedeckt wird. Es gelingt auch so sehr leicht, die Kinder im Bette vor Abkühlung zu schützen. Die Eltern werden angewiesen, mit den Kindern — falls ihr Alter das erlaubt — während der Lagerung im Zelluloidbette förmliche Atemübungen vorzunehmen. Wenn die Kinder aufgestanden sind, lasse ich sie ohne jede Einwirkung auf ihren Thorax.

Die geschilderte Nachtbehandlung genügt nun in fast allen Fällen völlig, um die Deformität in wenigen Wochen bis Monaten

zu beseitigen. Es empfiehlt sich jedoch, den Apparat auch dann noch eine Zeitlang tragen zu lassen, da die Deformität anfangs noch leicht rezidiviert.

Chirurgische Krankheiten der unteren Extremitäten von Prof. v. **Braun.** Deutsche Chirurgie, Lieferung 66, II. Hälfte. Stuttgart 1910, Ferdinand Enke. Preis 17.40 Mark.

Die I. Hälfte aus der Feder von Nasse ist schon 1897 erschienen. Der Verfasser der vorliegenden II. Hälfte hatte das Literaturverzeichnis für die ganze Lieferung herzustellen, eine Riesenarbeit, die auf 265 Seiten niedergelegt ist. Die v. Braun zu verdankenden Kapitel „Erkrankungen des Oberschenkels und der Hüftgelenkgegend“ sind Meisterwerke klarer, erschöpfender und sachlicher Darstellung. **Vulpius**-Heidelberg.

Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen von Prof. **A. Helferich.** Mit 78 Tafeln und 316 Figuren im Text von Maler B. Keilitz. Achte Auflage. München 1910, J. F. Lehmann. Preis 14 Mark.

Das prächtige Buch ist wiederum vervollständigt und vervollkommnet worden. Das Bardenheuersche Extensionsverfahren hat eine gesteigerte Würdigung erfahren, die Zuppinger'sche Methode ist neu hinzugekommen. Röntgenbilder von Grashey-München und Glaessner-Köln sind eingefügt worden, die Zahl der Abbildungen ist um 78 vermehrt worden. Einer Empfehlung bedarf das Buch, das bewährte Vademecum für Aerzte und Studierende, wahrlich nicht! **Vulpius**-Heidelberg.

Ueber sogenannte angeborene und über frühzeitig erworbene Rachitis, von **E. Wieland**-Basel, Berlin 1911, S. Karger.

Die Untersuchungen klinischer und anatomischer Natur des Verf. sind im vorliegenden, Hagenbach-Burckhardt gewidmeten Buche zusammengefasst.

W. leugnet das Vorkommen der angeborenen Rachitis. Speziell der kongenitale „Weichschädel“ hat mit der Kraniotabes rachitischer Säuglinge nichts zu tun. Angeboren ist dagegen die Disposition zur Rachitis: Rachitische oder schwache, tuberkulöse Eltern, also erbliche Rachitisanlage in der Keimzelle oder sekundäre Keimverschlechterung. Therapeutisch bezw. prophylaktisch sind für derart disponierte Kinder Muttermilch und dauernder Genuss frischer Luft von grösster Bedeutung. **Vulpius**-Heidelberg.



Leitfaden für die chirurgische Krankenpflege von **J. Blumberg**-Moskau. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Hildebrand-Berlin. Wiesbaden 1911, T. J. Bergmann. Preis 2,60 Mark.

Ein ganz vorzügliches Büchlein, dessen Studium jeder Pflegerin zur Pflicht gemacht werden sollte. Der Text ist ungemein klar und leicht fasslich, die Abbildungen mustergültig. **Vulpius**-Heidelberg.

Diagnostik der Nervenkrankheiten, von **E. Bregman**-Warschau. Mit einem Geleitwort von Hofrat Obersteiner. Berlin 1911, S. Karger. 193 Abbildungen und 2 Tabellen. Preis 12 M. brosch.

Das vorzüglich ausgestattete Buch ist in erster Linie für Studierende und praktische Aerzte bestimmt. In knapper, präziser Form werden die hauptsächlichen klinischen Erscheinungen dargestellt, welche bei der Untersuchung und Diagnose der Nervenkrankheiten in Betracht kommen.

Die Einteilung des Stoffes geschieht von symptomatologischen Gesichtspunkten aus: Motorische Lähmungen — Ataxie, Mitbewegungen, Zittern — motorische Reizerscheinungen — Sensibilitätsstörungen — Störungen der Reflexe — Pupillenstörungen — Störungen im Gebiet der Sinnesorgane — Sprachstörungen — Apraxie — psychische Störungen — vasomotorische, trophische, sekretorische Störungen — Störungen der Harn- und Stuhlentleerung, der Geschlechtsfunktionen — Herz-, Atem-, Magen- und Darmstörungen, Störungen der Harnsekretion.

Daran schliessen sich noch 2 Abschnitte über Untersuchung des Schädels und der Wirbelsäule, über Lumbal- und Hirnpunktionen.

Die Darstellung ist in der Tat sehr prägnant und lässt den Schatz persönlicher Erfahrungen überall durchblicken, ohne dabei episodisch zu werden. **Vulpius**-Heidelberg.

Röntgentaschenbuch. Herausgegeben von Prof. **Sommer**-Zürich. III. Band. Leipzig 1911, Otto Kemnich. Preis 5 Mark.

Von den zahlreichen Originalbeiträgen seien als besonders interessant für den Orthopäden genannt: „Ueber Röntgenkinematographie" von Kästle, Rieder, Rosenthal, „Die Röntgentherapie der Knochen- und Gelenktuberkulose" von Sommer, „Röntgentherapie der tuberkulösen Lymphome" von Kienböck, „Fortschritte in der Moment-Röntgenographie" von Dessauer.

Das Taschenbuch hat sich offenbar gut eingeführt und mit Recht, da es einen raschen Ueberblick über die neuen Leistungen und Fortschritte gestattet. **Vulpius**-Heidelberg.

New York Orthopedic Dispensary and Hospital. 43. Jahresbericht Januar 1910.

Durch die Poliklinik gingen im Berichtsjahre nicht weniger als 5000 Patienten, darunter über 900 neue Fälle: 513 Spondylitiden, 436 Coxitiden, im ganzen 1162 Gelenktuberkulosen, 748 Plattfüsse, 932 Kinderlähmungen usw. Im ganzen über 36000 Krankenbesuche in der Poliklinik und in der Stadt. Die Zahl der angefertigten orthopädischen Apparate betrug 1883.

Im „City Hospital" wurden 333 Patienten an 19182 Tagen verpflegt, die Zahl der Operationen betrug 322 an 226 Patienten.

In „Country Branch" mit Industrieschule hielten sich 139 Patienten auf an 44500 Tagen.

Gewaltige Zahlen, eine Riesenarbeit und eine ebenso staunenswerte Wohltätigkeit sprechen aus dem Jahrbuch.

Vulpius-Heidelberg.

The Widener Memorial Industrial Training School for Crippled Children — Philadelphia. III. und IV. Jahresbericht, Juli 1908/1910.

Die schöne Anstalt beherbergt jetzt 94 Pfleglinge und ist kaum mehr aufnahmefähig. 89 Kinder besuchen die Schule. Eine stattliche Hauskapelle hat sich gebildet, die Werkstätten blühen. Ein Seehospiz wurde in Atlantic City errichtet. Es wurden 105 Operationen ausgeführt. **Vulpius**-Heidelberg.

New York State Hospital for Crippled and deformed Children. 10. Jahresbericht 1910. Albany 1910.

Es wurden 89 Patienten behandelt, darunter mehr als die Hälfte mit Knochen-Gelenktuberkulose. Zahl der Verpflegungstage 17509.

Ausserdem wurden 335 Krankenbesuche in der Stadt gemacht. Die Freiluftbehandlung wird in mustergiltiger Weise durchgeführt.

Vulpius-Heidelberg.

Nebraska Orthopedic Hospital in Lincoln. Jahresbericht 1909/1910.

Während der 2 Jahre gingen 215 Patienten durch das seit 1905 geöffnete Haus, das über 60 Betten verfügt. Ein Schulbetrieb ist eingerichtet worden. Eine Vergrösserung auf 100—120 Betten ist geplant. **Vulpius**-Heidelberg.



1) **John Bell** (Hongkong): Cloven feet and hand. (Lancet, 7. Januar 1911.)

Beschreibungen und Abbildungen eines 26jähr. Chinesen mit Spalthand und -Fuss. An der Hand sind nur 3 Metatarsen und 2 Digiti vorhanden. Der Hallux beiderseits ist hackenförmig gebogen.

Mosenthal-Berlin.

2) **Herbert Clark.** The influence of chloroform when repeatedly administered in small dosis. (Lancet, 21. Jan. 1911.)

An Kaninchen, denen Chloroform per os, pulmo und subkutan verabreicht wurde, stellt Cl. fest, dass kleine aufeinander folgende Dosen viel gefährlicher seien als eine grosse Dosis. Die erste Dosis scheint die Vitalität der Gewebe so zu schwächen, dass die folgenden Dosen viel intensiver auf das so vorbereitete Gewebe wirken können. Wiederholte kleine Dosen, einerlei auf welchem Wege einverleibt, wirken bei Kaninchen tödlich. Die Leber zeigt Degeneration der Zellen, zuerst der Zentren der Lobuli, stets ist Fett in reichlichen Mengen nachweisbar. Die Niere leidet am meisten bei Inhalation des Chloroforms, Fett findet sich gelegentlich in degenerierten Zellen. Die Milz ist kongestioniert, neben den enorm vermehrten roten Blutkörperchen findet sich ein orangefarbenes Pigment und viele grosse Phagozyten. Degenerative Prozesse am Herzmuskel ohne Fettnachweis. **Mosenthal**-Berlin.

3) **Evans:** The use of iodine as a desinfecting of the skin before operations. Lancet, 7. Jan. 1911.

Empfehlung der Methode. Verf. benutzt schwächere Jodlösung; 1,25 % hält er für kräftig genug; nach Kurzschneiden der Haare wird die Haut trocken rasiert; Anwendung von Seife und Wasser, namentlich kurz vor der Desinfektion ist streng zu vermeiden. Die entfärbten Jodpräparate enthalten kein freies Jod mehr und sind insgesamt wirkungslos. **Mosenthal**-Berlin.

4) **Choyce**: A case of symmetrica gangrena of both legs, fingers of both hands and nose. (Lancet, 21. Januar 1911.)

Symmetrische Gangrän beider Füsse vom Knöchel abwärts, der 3 Aussenfinger jeder Hand und der Nasenspitze, entstanden bei einem westindischen Kohlentrimmer auf der Reise nach Europa an einem nicht ungewöhnlich kalten Tage. Ausser Gonorrhoe keine ätiologischen Anhaltspunkte, innere Organe, Nerven und Gefässsystem nicht nachweisbar erkrankt. **Mosenthal**-Berlin.



5) **Ransome**: Gangraene of limb during convalescense from diphteria. Lancet, 14. Januar 1911.

R. berichtet über einen Fall von Gangrän des Fusses durch Embolie nach Diphtherie entstanden, aus der Literatur hat er nur 9 Fälle gesammelt, von denen der eine als Raynaud'sche Krankheit geschildert wurde. **Mosenthal**-Berlin.

6) **Codivilla**: Ueber Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. (Deut. Med. Woch. No. 46, 1910.)

Die von verschiedenen Orthopäden (Schanz, Drehmann, Hoffa und dem Verfasser) nach orthopädischen Operationen beobachteten Anfälle bestehen in epileptiformen Zuständen, die dicht aufeinander folgen (status epilepticus) und bisweilen bis zum Exitus dauern können, die am 2. oder 3. Tag nach Operationen auftreten, denen Vorboten, Unruhe, Schwere des Kopfes, Schlaflosigkeit, Zuckungen in den Gliedmsssen, nächtliches Aufschreien, Angstgefühle vorangehen. Dabei ist der Puls verlangsamt, gespannt, die Pupille verengt, Lichtreaktion träge. Dieses Prodromalstadium kann wieder vollständig zurückgehen. In anderen Fällen geht es in das konvulsive über, das mit einem schweren kurzen Anfall beginnt. Bisweilen sind die Zuckungen auf einen Körperteil, auf eine Seite beschränkt, bisweilen sind sie allgemein und intensiver, bis sie ohne Unterbrechung erfolgen. Während der Pausen tritt das Bewusstsein, das gestört ist, wieder ein, meist besteht Sopor. C. sah bei einem 6jähr. Knaben mit Littleschen Hüftkontrakturen 8 Stunden nach dem Redressement derselben Krampfanfälle, die erst nach Abnahme des Verbandes verschwanden, ferner bei einem 11jähr. Mädchen nach Redressement schwerer Hüft- und Kniekontrakturen und einige Monate später bei demselben Patienten nach einer subtrochanteren Osteotomie, in 3 anderen Fällen nach Reposition doppelseitiger Hüftluxation im Alter von 6—7 Jahren, sowie in 3 anderen Fällen nach starken Traktionen am Bein. Exitus trat niemals ein. C. hält diese Anfälle für nicht durch Fettembolie bedingt wie Schanz, besonders weil nach Entfernung des immobilisierenden Verbandes oder nach Verminderung des Gewichtszuges konstant die Verminderung und das Verschwinden der Anfälle eintrat. Auch fehlen bei Fettembolie respiratorische Störungen niemals, die hier nicht vorhanden waren. C. hält, wie sein Assistent Neri experimentell an Tieren nachwies, die Ueberdehnung der Weichteile der unteren Extremitäten für die Ursache, besonders auch die Dehnung der Nervenstämme wie des Ischiadikus. Diese Dehnungen üben



Reize auf die Zentralorgane aus, die dann mit explosionsartigen Krampfanfällen antworten. Besonders disponiert sind neuropathische Individuen, Spastiker, Epileptiker, bei manchen konnte C. schon nach ihrem Habitus den Anfall vorhersagen. Als Behandlung schlägt er Weglassen des dehnenden Zuges, Entfernung der Verbände, selbst unter Opfern des Resultates, vor. Prophylaktisch kann Brom von Nutzen sein. Die Infusion von physiol. Kochsalzlösung dürfte nicht im Sinne von Schanz durch Wegschwemmen der Fettröpfchen aus den Capillaren durch das verdünnte Blut wirken, sondern durch Steigerung der Widerstandskraft des Zentralnervensystems. Die Arbeit fordert zu erneuter Untersuchung dieser von vielen Fachgenossen beobachteten und meist als Fettembolie gedeuteten Anfälle heraus.

Hohmann-München.

7) **Walterhöfer.** Ueber den therapeutischen Wert des Fibrolysins. (Sammelreferat.) (Deut m. Woch. Nr. 38, 1910.)

Nach Mendel ist die intramuskuläre Injektion die beste Methode. Die Wirkung dürfte eine seröse Durchflutung des Narbengewebes sein. Als Nebenwirkungen sah man bisweilen bei subkutaner Anwendung Infiltrate, aber auch nach intramuskulären Einspritzungen. Zuweilen wurde ein urtikariaähnlicher Ausschlag beobachtet. Auch toxische Wirkungen waren häufig, Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, Mattigkeit, Schwindel und Herzklopfen, bisweilen mit Temperatursteigerung, in einem Fall uterine Blutung, in einem Fall Haut- und Schleimhautblutungen. Deshalb Vorsicht während der Gravidität. Contraindikation ist das Bestehen eines noch entzündlichen Prozesses. Indikationen: Hautnarben nach Verbrennungen, Aetzungen oder Trauma, Keloid (Fibr. Pflaster) Dupuytrensche Kontraktur, Myositis ossificans, Scleroderma, Gelenkerkrankungen und zwar besonders Prozesse an der Synovialis während Knorpel- und Knochenprozesse unbeeinflusst bleiben. Gute Erfolge beim sekundär chronischen Gelenkrheumatismus und der primär chronischen progressiven Polyarthritis. Weniger gute Erfolge bei der Arthritis deformans. Bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen sind die Meinungen geteilt. Schnelle fast spezifische Wirkung auf den akuten und subakuten Gichtanfall: Schwinden der Tophi. Bei chronischen Neuritiden wird das die Nerven umgebende narbige Gewebe beeinflusst. Ferner deutliche Wirkung auch bei vielen inneren Erkrankungen.

Hohmann-München.



8) **A. Tietze** (Breslau): Die Knochenzysten. (Ergeb. d. Chir. u. Orth. II. Bd. p. 32.)

Ueber die Stellung der Knochenzysten im System der pathologischen Gewebelehre ist viel gestritten worden, doch sind die Ansichten darüber jetzt so weit geklärt, dass wir wissen, dass die Ursache der Zysten keine einheitliche ist, sondern eine mannigfaltige sein kann, sodass bei jeder Zyste noch genauer die Grundursache anzugeben wäre. Infektiöse Prozesse, Parasiten und augenscheinliche Tumoren sind auszuschalten. Dann sind die Prozesse, die in Betracht kommen, in der Mehrzahl solche, die als Ernährungsstörungen der Knochen bezeichnet werden können, worunter die Ostitis fibrosa eine besondere Rolle spielt. Die typischen Symptome der Knochenzysten sind: Auftreten in jugendlichem Alter, jahrelange Beschwerden, rheumatoide Schmerzen, pathologische Knochenbrüchigkeit. Die häufigste Lokalisation sind die langen Röhrenknochen. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Echinococcus, Sarcom, Enchondrom, Knochenabszess, Gumma und eventl. isolierte Tuberkulose, die selbst im Röntgenbild nicht immer mit voller Sicherheit auszuschliessen sind, wenn auch einige charakteristische Merkmale für die Zysten bestehen. Die Therapie kann sich meist mit der breiten Eröffnung und Ausschabung der Höhlen begnügen, Plombierung, Resektion sind nicht nötig.

Baisch-Heidelberg.

9) **Gehring.** Die Cysten der langen Röhrenknochen. (Diss. Jena. 1910.)

Nach einigen einleitenden und orientierenden Ausführungen berichtet G. über drei Fälle von Knochenzysten, die in den letzten Jahren in der chirurg. Klinik zu Jena beobachtet wurden. Die beiden ersten Fälle kamen zur Operation, und der ganze Vorgang im Knochen liess darauf schliessen, dass es sich nur um eine langsam und ohne Eiterung verlaufende Entzündung handeln konnte, die irgend einer äusseren Ursache, vielleicht der Einwirkung eines verhältnismässig milden Infektionserregers ihre Entstehung verdankte und ganz gut dem Bilde der Ostitis fibrosa entsprach. Da im 3. Fall die Operation verweigert wurde, kann G. über die Natur des Leidens nichts Sicheres sagen. Ausser diesen seinen drei Fällen konnte er noch aus der ihm zugänglichen Literatur 51 weitere Fälle zusammenstellen, von denen 24 mal als Genese ein Tumor beschuldigt wurde und zwar meistens ein Chondrom. In 18 Fällen wurde ein entzündlicher Prozess genetisch angenommen, der fast stets dem Bilde der Ostitis fibrosa entsprach, und bei den übrigen



8 Fällen fehlten nähere Angaben; nur einige Male wurde eine allgemeine zystoide Entartung des ganzen Knochensystems angegeben. Therapeutisch rät G. möglichst konservativ vorzugehen: Eröffnung der Höhle und Exstirpation ihrer Wandung bis ins Gesunde.

Blencke-Magdeburg.

10) **Hans von Haberer** (Wien). Zur Frage der Knochencysten, zugleich ein Beitrag zur freien Knochentransplantation. (Arch. f. Chir. Bd. 93, H. 4)

Anführen der neueren Literatur über Knochentransplantationen, Besprechung eines selbst operierten Falles: Bei einer 31 jährigen Frau mit Spontanfraktur in der Mitte des rechten Humerus infolge Knochencyste wurde der Humerus bis auf die untere Epiphyse resezirt und durch die mit Periost versehene Fibula eines wegen Fungus genu am Femur amputierten Mädchens ersetzt, sodass der Malleolus in die Pfanne und das zugespitzte andere Ende der Fibula in die Markhöhle des Humerusrestes eingestellt wird. Nach 3 Wochen Entlassung mit guter Beweglichkeit des Armes.

Die Untersuchung des resezierten Humerusstückes ergab einen grossen cystischen Hohlraum mit grubigen Vertiefungen der Wand. Mikroskopisch fand sich kein Anhaltspunkt für einen Tumor, besonders keine Riesenzellen.

Verfasser kommt nach seinen Erfahrungen zu folgendem Ergebnis: Knochencysten sind entweder 1. das Produkt der Einschmelzung eines soliden Tumors (Fall von echtem myelogenen Riesenzellensarkom, beschrieben von Studeny) oder 2. die Folge einer Ostitis fibrosa (Fall dieser Publikation), oder 3. der Ausdruck einer Kombination beider Prozesse (Ostitis fibrosa mit Sarkombildung).

Zander-Heidelberg.

11) **J. Titow** (Kiew). Ueber Knochenechinokokkus. (Archiv f. klin. Chir. Bd. 94. 1. Heft.)

Besprechung der Entwicklung des Echinokokkus und der Art seiner Ausbreitung im menschlichen Organismus. Der Knochenechinokokkus, der stets vielkammerig ist, findet sich in 1,4%, am häufigsten in den Becken- und langen Röhrenknochen wie Humerus, Femur und Tibia. Die Cyste entwickelt sich zuerst in der Epiphyse und verbreitet sich schliesslich auf den ganzen Knochen. Dieser ist verdickt, die Knochenmarkshöhle erweitert, die Rinde stark verdünnt. Durch meist unbedeutendes Trauma treten Frakturen auf.

Beschreibung eines Falles von Echinokokkus des rechten Schulterblattes, ausgegangen von der Spina scapulae. Ausführliche Literatur.

Zander-Heidelberg.



12) **Poncet** et **Leriche.** Tuberculose inflammatoire du squelette. L'ostéomalacie d'origine tuberculeuse. (Gazette des hôpit. Jan. 1911.)

Besprechung einiger Theorien über die Entstehung der Osteomalazie. In vielen Fällen scheint auch die Tuberkulose als ursächliches Moment in Betracht zu kommen. Die bazilläre Infektion ruft dann abnorme Resorption der Kalksalze hervor. Es wurde ein Fall beobachtet, wo bei einer Frau dreimal Krisen von florider Lungentuberkulose mit anschliessendem akutem Gelenkrheumatismus auftraten und sich bei der Autopsie eine beginnende Osteomalazie fand.

Zander-Heidelberg.

13) **Vilh. Jensen** und **Aage Kock.** Ein Fall von Osteoperiostitis paratyphosa. (D. med. Woch. Nr. 47, 1910.)

Vor 20 Jahren machte der Patient einen Typhus durch, in dessen Verlauf am unteren linken Femurende eine empfindliche rote Schwellung auftrat, die sich unter Blutegel und Eisblase verlor. Im Lauf der Jahre traten an dieser Stelle wiederholt Beschwerden, Schwellung und Schmerzen auf. Oktober 1908 wurde die Sache schlimmer, als er an dieser Stelle eine Quetschung erlitt, Fieber bis 39° trat ein und periodenweis kehrten jetzt stärkere Beschwerden wieder. Oktober 1909 Aufnahme ins Krankenhaus mit 39,2°, einer handflächengrossen, heissen, roten Schwellung an dieser Stelle, einer knöchernen Verdickung des Femur im unteren Viertel. Die Operation förderte einen grossen Abszess mit graurötlichem Eiter zu Tage, offenbar älteren Datums, eine kleinere denudierte Stelle am inneren Teil des Femur, die aufgemeisselt wurde und stark sklerosiertes Knochengewebe, aber keinen Eiter, keine Sequester zeigte. Allmählich schloss sich die Wunde und die längere Zeit offenbleibende Fistel. Das Röntgenbild zeigte eine Sklerose und periostale Verdickung bis zur Mitte des Femur reichend, die aber auch allmählich sich zurückbildete. Die Untersuchung des Eiters ergab paratyphusähnlichen Befund. Offenbar war die vor 20 Jahren überstandene Krankheit auch ein Paratyphus. Auch sonst sind einzelne wenige Beobachtungen über Knocheneiterungen nach Paratyphus beobachtet worden.

Hohmann-München.

14) **Barker:** Some cases illustrating the effects of the hyperaemia treatment by elastic bandage on ununited fractures. Lancet, 4. Febr. 1911.

Ausgenommen von Fällen mit Interposition von Weichteilen ist der Hauptgrund des Ausbleibens der Konsolidation bei Knochen-



brüchen die gestörte Zirkulation in dem Bruchgebiete. Schuld daran sind entweder die beim Unfall mitzerrissenen Gefässe oder zu enge Bandagen, die die geregelte Zirkulation stören. Das beste Mittel zur Wiedervereinigung ist also, die Zirkulation zu verbessern, entweder durch aktive Bewegungen, oder wo dies nicht angängig, durch passive Massnahmen, in erster Linie durch Bier'sche Stauung. Bericht über 4 Fälle, die nach Abnahme des Verbandes nach Wochen noch nicht zusammengewachsen waren und unter Stauung bald heilten. **Mosenthal**-Berlin.

15) **Bardenheuer** u. **Graessner.** Die Behandlung der Frakturen mit Streckverbänden. (Deut. med. Woch. Nr. 46, 1910.)

Die Verfasser treten in diesem klinischen Vortrag von neuem für die Extensionsmethode ein, die namentlich von Bardenheuer ausgezeichnet ausgebildet worden ist. Die verschiedenen Anwendungsformen werden durch schematische Zeichnungen erläutert. Operative Eingriffe kommen in Frage bei Kniescheibenbrüchen mit Zerreissung des seitlichen Streckapparates, bei Olekranonbrüchen, beim Abriss des processus posterior calcanei, der Umkehrungsfraktur des Humeruskopfes, bei der die Bruchfläche des Kopfes gegen die Gelenkfläche der Skapula sieht, bei Knochenabsprengungen mit Umkehrung der Bruchstücke oder mit Einklemmung in den Gelenkspalt. In schwierigen oder veralteten Fällen wenden die Verfasser die Nagelextension an. Zur Kontrolle empfehlen sie Röntgenaufnahmen nach der Verbandanlegung. Sie legen die Extensionsverbände an bei allen subkutanen Frakturen der Extremitäten, bei allen reponierten Luxationen (wegen der häufigen Absprengungen), bei allen komplizierten Frakturen, wenn nur eine Hautdurchspiessung stattgefunden hat und nicht zu grosse Weichteilverletzungen vorlagen, sodass keine Infektion eintritt. Sonst tritt hier der Gipsverband in sein Recht, hinter welchem aber oft noch ein Streckverband angewendet wird. Mehrfach wird für die komplizierten Frakturen die Nagelbehandlung empfohlen. Gipsverbände halten die Verfasser nur für berechtigt als Transportverbände, so im Krieg, bei schwierigen komplizierten Brüchen, bei Deliranten, in Ausnahmefällen als Gehverbände, in der Nachbehandlung operativ vereinigter Frakturen als abnehmbare Verbände.
Hohmann-München.

16) **Garrod.** On auscultation of joints. Lancet, 28. Jan. 1911.

G. empfiehlt die Auskultation der Gelenke zu einer Methode zur Diagnostik auszubilden, gerade für frühzeitige Erkennung der



Arthritis deformans hat ihm die Auskultation gute Dienste geleistet. Auch für die Differentialdiagnose erscheint sie wichtig, da nur solche Leiden Geräusche machen, die mit Veränderung der aneinander reibenden Knochenoberflächen einher gehen. Ergüsse im Gelenk verhindern das Auftreten der Geräusche, ebenso kann man mit dem Stethoskop entscheiden, ob ein tbc. Fungus nur extraartikulär liegt oder schon die Gelenkoberflächen angegriffen hat.

Bei älteren Leuten, die noch über keinerlei Beschwerden im Knie klagten, hörte er Geräusche, die das einzige und erste Anzeichen der beginnenden Arthritis waren. Er auskultiert mit einem gewöhnlichen biauralen Stethoskop, auf das auf der dem kranken Gelenk aufzusetzenden Seite ein kleiner Gummiring übergezogen wird.

Mosenthal-Berlin.

17) **E. Rehn** (Jena). Gelenkchondrome. (Bruns Beiträge z. klin. Chir. 71. Bd. p. 817.)

1 Fall von ausgedehnter Chondromatose der Gelenkkapsel des Ellbogengelenkes gab Verf. Gelegenheit zu genaueren Studien über Genese und Ätiologie der Chondrombildung. Als Ausgangspunkt für die Haupttumoren sieht er mit Lexer die Kapselumschlagstelle der Synovialmembran an. Während sonst die Synovialmembran nur eine Lage abgeplatteter Zellen trägt, sind im Bereich der Kapselumschlagstelle mehrere Schichten vielgestaltiger Zellen zu finden, die Verf. als noch nicht differenzierte Zellrasse ansieht, und die durch gute Ernährungsverhältnisse besonders proliferationsfähig sind. Dadurch braucht Verf. in der Ätiologie nicht auf die Annahme einer Knorpelversprengung im embryonalen Leben zurückzugreifen. Die kleineren Knoten denkt sich Verf. auf infektiösem Wege entstanden. Die Therapie kann in hochgradigen Fällen nur in totaler Resektion mit sorgfältiger Entfernung der Gelenkkapsel bestehen, womit in dem vom Verf. mitgeteilten Fall ein gutes Resultat erzielt wurde. **Balsch**-Heidelberg.

18) **R. Levy** (Breslau). Die neuropathischen Knochen- und Gelenkerkrankungen. (Ergebn. d. Chir. u. Orth. II. Bd. p. 56.)

Unter der Bezeichnung neuropathische Knochen- und Gelenkerkrankungen werden alle Erkrankungen des Skelettes zusammengefasst, die sich im Verlauf einer Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems entwickeln, im engeren Sinne aber die tabischen und syringomyelitischen. Ihr Wesen ist dadurch charakterisiert, dass sich an den Knochen atrophische Prozesse mit hyper-



trophischen vereinen und so zu den abenteuerlichsten Deformationen derselben führen, z. B. zu vollkommenem Schwund eines Gelenkteiles (Humeruskopf), während der andere (Cavitas glenoidalis) hypertrophiert. Dabei handelt es sich nicht um eine Atrophie im Sinne von Armut von Kalksalzen, es überwiegen diese vielmehr die organischen Bestandteile. Der relative Reichtum an Kalksalzen trotz hochgradiger Zerstörungen ist gerade differentialdiagnostisch gegenüber Arthritis deform. und Tuberkulose im Röntgenbilde von besonderer Wichtigkeit. — Eine zweckmässige Einteilung ergibt sich durch die Scheidung von neuropathischen Spontanfrakturen und neuropathischen Gelenkerkrankungen. Die Frakturen, sehr häufig Querfrakturen, sind neben den klassischen Symptomen durch den fehlenden Bruchschmerz und infolgedessen geringe Functio laesa charakterisiert. Die neuropath. Gelenkerkrankungen wiederum sind durch die frühzeitige und ausgedehnte Mitbeteiligung von Knochen und Weichteilen der Nachbarschaft, besonders ossifizierende Prozesse gekennzeichnet. Sowohl bei den Frakturen wie den Gelenkerkrankungen sind Praedilektionstellen der Erkrankung mit ganz typischen Erscheinungen festzustellen, die Verf. jeweils kurz charakterisiert. Für die Diagnose spielt eine gewissenhafte Beurteilung der Röntgenogramme eine wichtige Rolle. Die Therapie muss sowohl bei den Frakturen wie bei den Gelenkerkrankungen eine möglichst konservative sein. **Balsch**-Heidelberg.

19) **Ewald** (Hamburg-Altona). Ueber Myositis ossificans nach Traumen, bei Frakturheilungen und Arthropathien. (Deut. Zeitsch. f. Chir. 107. Bd., S. 310)

Verf. geht kurz auf die pathologisch-anatomischen Streitfragen über die Entstehung der Verknöcherungen im Muskel ein, zählt dann die wichtigsten Theorien über die Entstehung der Myositis ossificans traumatica auf und kommt nun zu den Bedingungen des Zustandekommens, die er unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur näher bespricht. Aus dem Studium der veröffentlichten Fälle kommt er zu der Ansicht, dass die Krankheit besonders nach Frakturen und Luxationen mit Gelenk- und Muskelverletzungen, namentlich wenn Repositionsversuche gemacht worden waren, (Praedilektionsstellen: M. quadriceps femoris, deltoides, brachialis int., Muskeln der Achselhöhle) oder nach syringomyelitischen oder tabetischen Arthropathien besonders im Hüft- und Kniegelenk auftritt. Verf. fügt zu der kleineren Zahl von seltenerer Lokalisation noch aus der eigenen Praxis einen Fall hinzu, eine Myositis ossificans



nach Luxatio femoris iliaca, wo die Verknöcherung sich später bedeutend zurückbildete. Da alle bisherigen Theorien der Entstehung der Myositis ossificans traumat. sehr unbefriedigend sind, so sucht Verf. eine neue Erklärung. Er findet, indem er seine Beobachtungen aus den bisher veröffentlichten Fällen herleitet, dass zur Bildung einer traumatischen Muskelverknöcherung 4 Faktoren nötig sind: 1. Ein Trauma (Luxat., Kontusion, Fraktur, Zerreissung des Muskels), 2. Quetschung oder Zerreissung dicker breiter Muskeln, 3. Haematombildung, 4. Lage der Muskeln in der Nähe der Gelenke, diese überbrückend, Ursprung oder Ansatz der Muskeln an diesen Gelenken. Auf den letzteren Punkt, den Verf. als ersten hervorhebt, geht er näher ein und erläutert an der Hand von Skizzen, dass die von ihm in Punkt 4 aufgestellte Behauptung tatsächlich auf die Praedilektionsstellen der Myositis ossif. traum. zutrifft. Er zieht den Schluss, dass als 5. Bedingung für das Zustandekommen der Krankheit eine Gelenkkomponente hinzukommen muss und spricht als diese — das ist seine neue Theorie — die Synovialflüssigkeit an. Es lassen sich auf diese Weise die Vorgänge folgendermassen erklären: bei der Verletzung ist die Gelenkkapsel eingerissen worden, die Gelenkflüssigkeit tritt heraus und dringt, eventuell auf weitere Strecken hin, in das Muskelgewebe ein, hier einen Reiz — durch primäre Inkrustation der Gewebe mit Kalksalzen oder auf andere Weise zur chondrogenen oder direkten Knochenbildung — auf das Bindegewebe ausübend. Wurde die Extremität im Anfange nach der Verletzung nicht geschont, wurden eventuell auch noch Repositionsversuche gemacht, so wurde dieser Reiz vermehrt, da durch die Bewegungen die Synovialflüssigkeit gewissermassen in das Muskelgewebe hineingepumpt wurde. Auch bei Arthropathien kam es schliesslich zur Kapseleinreissung; die an sich vermehrte Gelenkflüssigkeit konnte nun austreten und bewirkte die Verknöcherung im Muskel. Die häufig im Innern der Verknöcherung beobachtete Cystenbildung scheint dem Verf. für seine Annahme zu sprechen. Zum Schluss seiner Ausführungen meint Verf., dass eine Klärung der Frage über das Mitwirken der Synovia bei der Muskelverknöcherung neben der wissenschaftlichen Wichtigkeit auch von grosser praktischer Bedeutung wäre, da man in der Synovia ein einfaches Mittel zur Anregung von Knochenbildung bei Pseudarthrosen hätte.*) Experimentelle Untersuchungen

*) (Intrakapsuläre Schenkelhalsfrakturen haben bekanntlich Neigung zur Pseudarthrosenbildung. Wo bleibt da die knochenbildende Wirkung der Synovia? Ref.)

14



über die Einwirkung der Synovia auf Muskelelemente stellte Verf. an Kaninchen an, erzielte aber nur negative Resultate.

Stoffel-Heidelberg.

20) **Maxwell Telling.** „Nodular" fibromyositis, an every day affection, and its identity with so-called chronic rheumatism. (Lancet, 21. Jan. 1911.)

Chronischer Rheumatismus oder synonym, Muskelrheumatismus, Myalgie, Muskulofibrositis ist im wesentlichen ein Krankheitsprozess, der nach Tellings Definition durch entzündliche Exudation in das fibröse Gewebe entsteht. Das Exsudat führt zu Schwellung und Verdickung von verschiedenstem Charakter und Grad leicht und nicht palpabel, schwer bis zur Tumorform, akut und vorübergehend, chronisch und zu knötchenförmigen Ablagerungen führend, aber stets schmerzhaft Er kann in allen Bindegewebsspalten auftreten, bevorzugt werden einzelne Gegenden, (Ischias, Lumbago). Dahin gehören auch die meisten Fälle von Neuralgie. Das Hauptsymptom ist der Schmerz, der stets vorhanden ist, und bei genauer Untersuchung und viel Uebung wird man stets Druckpunkte finden, unter denen man auch stets bei chronischen Fällen knötchenförmige Verdickung fühlen kann, wenn dieselben nicht zu tief liegen. Ein kleines Knötchen genügt, um eine schwere Lumbago auszulösen. Der Schmerz strahlt häufig nach allen möglichen Richtungen aus und nicht selten ist sein paroxysmales Auftreten, namentlich dann, wenn die Knötchen dicht an Nerven oder Nervenendigungen liegen. Ursächlich spielt nicht nur der akute Rheumatismus und Erkältung, sondern auch Störungen im Verdauungstraktus eine grosse Rolle, die zur Erzeugung und Resorption von Toxinen führen, Traumen, namentlich leichte ständig wirkende, schaffen häufig bei Arbeitern einen locus minoris resistentiae, an dem sich die Krankheit dann etabliert. Infolgedessen ist das Leiden auch bei jungen, kräftigen Arbeitern häufig. Die Behandlung hat in erster Linie in Beseitigung der Schädigungen, (intestinale Unregelmässigkeiten) etc. zu bestehen. Danach in erster Linie in lokaler Behandlung mit Massage, systematischen Uebungen etc., und nur bei schweren Fällen, bei denen die Knötchen nicht durch Massage fortzubringen sind, ist die Exzision derselben absolut indiziert.

Mosenthal-Berlin.

21) **Astramonoff.** Myositis ossificans traumatica. (Diss. München 1910.)

A. publiziert in der vorliegenden Arbeit drei Fälle von Myositis ossificans traumatica in der Nähe des Ellenbogengelenkes nach

Verletzungen dieses bezw. seiner benachbarten Teile und bespricht im Anschluss an diese Fälle in kurzer, aber übersichtlicher Weise dieses Krankheitsbild. Ein ausführliches, 262 Arbeiten umfassendes Literaturverzeichnis ist angefügt. **Blencke**-Magdeburg.

22) **Stanley Barnes**: Typical progressive muscleatrophy. (Lancet, 14. Jan. 1911.)

Vorstellung eines Falles von typischer progressiver Muskelatrophie. Merkwürdig war das gleichzeitige Auftreten von epileptischen Krämpfen, die nicht nach dem Jackson'schen Typ waren und allen Therapieversuchen trotzten. **Mosenthal**-Berlin.

23) **Schaedel.** Zur Lehre von der Dystrophia musculorum progressiva. (Diss. Kiel 1910.)

Sch. bringt in der vorliegenden Arbeit eine Zusammenstellung der hauptsächlichsten Unterscheidungsmerkmale zwischen den spinalen und den myopathischen Formen der progressiven Muskelatrophie und berichtet über einen wegen der hochgradigen Veränderungen besonders interessanten Fall von Dystrophia musculorum progressiva, der wohl zur Gruppe des skapulohumeralen Typus der juvenilen progressiven Muskeldystrophie zu rechnen ist.

Blencke-Magdeburg.

24) **Kron** (Berlin): Ueber stellvertretenden Muskelersatz. (D. Med. Woch. No. 47, 1910.)

Im Anschluss an die öfter beobachtete Tatsache des Ersatzes angeborenen oder erworbenen Muskeldefektes durch Hypertrophie anderer Muskeln, welche diese Funktionen übernehmen (Ersatz des pectoralis major durch klaviculare Portion des Deltoides und Trapezius, sowie Latissimus dorsi, des Serratus anticus durch Trapezius) berichtet K. über einige selbstbeobachtete Fälle dieser Art: 1. Infolge Atrophie des Trapezius, Supra- und Infraspinatus der rechten Seite durch Polyneuritis konnte der Arm trotz kräftigster Kontraktion des Deltoides nicht bis zur Horizontalen gehoben werden. Erst wenn er halb nach vorn gerichtet wurde, gelang die Elevation bis zur Vertikalen durch die Hilfe des klavikularen Teiles des Pectoralis. 2. Ersatz des durch eine Lymphdrüsenoperation am Hals geschwundenen Trapezius durch Serratus und Deltoides, und des ebenfalls geschwundenen Sternokleidomastoideus durch die tieferen Muskeln Splenius und Omohyoideus, ferner bestand eine starke Hypertrophie des Levator scapulae. Alle Bewegungen wurden ausgeführt.



Den Ersatz des Deltoideus veranschaulichen folgende Fälle: 1. Bei einer Entbindungslähmung des rechten Armes (Erb) liess K. sehr früh schon Uebungen machen, die die klavikulare Portion des Pektoralis stärken sollten, also Heben nach vorn und oben durch Vorhalten eines Gegenstandes. Unter jahrelangen Uebungen gelang Erhebung bis über die Horizontale, später erholte sich auch der Deltoides teilweise. 2. Bei einem ähnlichen Fall war das Resultat noch besser. Auch hier übernahm der obere Pectoralis und der kurze Bicepskopf die Funktion, bis allmählich sich die Reste des Deltoides kräftigten. 3. Bei zwei Deltoideslähmungen Erwachsener durch Neuritis des n. axillaris hatten die Uebungen schnellen Erfolg, besonders unter Mitwirkung des Supraspinatus. — Auch bei kombinierten Lähmungen sah K. guten Erfolg eintreten. Ungünstiger liegen die Verhältnisse an der unteren Extremität. In einem Falle sah K. bei poliomyelitischer Lähmung des Beines die Beugung des Oberschenkels gegen das Becken durch den Tensor fasciae übernommen, nachdem der Ileopsoas gelähmt war, was ja nicht ungewöhnlich ist. **Hohmann**-München.

25) **Fr. Lange** (München): Die Sehnenverpflanzung. (Ergebn. d. Chir. u. Orth. II. Bd. p. 1.)

Verf., als der Urheber der periostalen Sehnenverpflanzung im Gegensatz zur alten Nicoladoni'schen Methode der Ueberpflanzung von „Sehne auf Sehne", vertritt selbstverständlich ganz seine Methode, die sich auch unter den modernen Orthopäden mehr Anhänger erworben hat, als die andere Methode. Ihre Berechtigung an sich ist heutzutage nicht mehr in Abrede zu stellen, auch ist sie der Nervenplastik in den meisten Fällen überlegen und hat auch vor der Arthrodese verschiedene Vorzüge. Diese soll nicht zu früh (10. Jahr für Fussgelenk, 20. Jahr für Kniegelenk) ausgeführt werden und ist für den Pat. von schwerwiegenderer Bedeutung als die Sehnenplastik. Der Erfolg der Sehnenplastiken und besonders der periostalen Methode, bei der oft grosse Mengen von Seide als künstliche Sehnen dem Organismus einverleibt werden müssen, hängt von vielen scheinbar nebensächlichen Einzelheiten ab, deswegen wird vom Verfasser die Herstellung der Sublimatparaffinseide für die künstlichen Sehnen und die Operationstechnik eingehend besprochen. Die wichtigsten Punkte sind: 1. strengste Asepsis, 2. exakte Nahtführung an der Sehne, 3. Verlagerung der Sehne in einen im subkutanen Fett gebohrten Kanal, der in der Richtung der zukünftigen Zugwirkung geführt werden muss, 4. exakte Ver-



nähung am Periost in genügender Spannung bei starküberkorrigierter Stellung, 5. gewissenhafte und genügend lange Nachbehandlung. Im zweiten Teil der Arbeit gibt dann Verf. einen kurzen Ueberblick über die typischen Operationspläne für die einzelnen Gelenke und häufigsten Deformitäten, auf die einzugehen aber über den Rahmen eines Referates hinaus ginge. **Baisch**-Heidelberg.

26) **Lange** (München). The orthopedic treatment of spinal paralysis. (Archiv. of Pediat., Nov. 1910.)

Im akuten Stadium empfiehlt Lange ein Gipskorsett oder Gipsbett zur Ruhigstellung. Im zweiten Stadium hat man die Aufgabe, die gelähmten Muskeln zu kräftigen und Kontrakturen zu verhüten, doch warnt Verf. vor zu kräftiger Massage.

Zweckmässig sind Schienen und Celluloideinlagen, die mit Stahldrähten verstärkt werden. Die Schienenapparate mit Laschen sollen nicht so starke Atrophie machen wie die Lederhülsen.

Später kommen folgende Operationen in Betracht: Das Redressement mit oder ohne Tenotomie genügt allein nicht, wie es Lorenz angibt, da es leicht Rezidive der Deformität gibt, ausser in gewissen Fällen von Spitzfuss.

Die Nervenplastik hat noch keinen unzweifelhaften Erfolg bei Kinderlähmung gezeitigt und erscheint, auch nach Ansicht von Spitzy, bei einem degenerierten Muskel aussichtslos.

Die Arthrodese ist bei völliger Lähmung indiziert und wird vom Verf. nicht vor dem 14. Jahr gemacht, weil sonst die knöcherne Vereinigung ausbleibt. Unangenehm ist das schlechte Gehen auf unebenem Boden wegen der Steifheit. Zur Verhinderung von Spitzfusstellung bildet Lange künstliche Gelenkbänder aus Seide, an der medialen Seite von der Tibia zum Naviculare und lateral von der Fibula zum Cuboid. Die Nachbehandlung dauert ein Jahr.

Bei der Sehnenüberpflanzung verwirft Lange die alte Methode von Nicoladoni, der Sehne an Sehne vernähte, er fixiert die Sehne ans Periost und macht ausgedehnte Anwendung von künstlichen Seidensehnen zur Verlängerung der Muskeln. Er verwendet dazu Paraffin-Sublimatseide, die reaktionslos einheilt und sich später mit echtem Sehnengewebe umgibt. Lange geht dabei nicht nach dem Prinzip der Funktionsteilung vor, sondern nach dem Prinzip, unwichtige Funktionen ganz zu opfern und nur die wichtigsten Bewegungen wiederherzustellen. Nach Lange genügen am Fuss 3 Muskeln, einer für die Plantarflexion mit dem Ansatz am Calcaneus und zwei andere zur Dorsalflexion, von denen der

eine, der gleichzeitig supinieren soll, ans Naviculare, der andere, der auch pronieren soll, ans Cuboid angeheftet wird.

Manche Misserfolge haben ihren Grund in den Verwachsungen der künstlichen Sehnen mit der Umgebung. Um dies zu vermeiden, empfiehlt Lange, für die Sehnen einen Kanal durch das Fettgewebe zu bohren.

Zander-Heidelberg.

27) **O. Foerster** (Breslau): Die Behandlung spastischer Lähmungen durch Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln. (Ergebn. d. Chir. u. Orth. II. Bd. p. 174.)

Verf. gibt hier noch einmal eine Zusammenstellung über das Wesen der spastischen Lähmungen und die auf ihr aufgebaute theoretische Grundlage seiner Behandlungsmethode, wie er sie bereits in mehreren früheren Publikationen dargelegt hat (Mitteil. a. d. Grenzgeb. Bd. 20.), ferner über Indikationsstellung, Technik der Operation, Nachbehandlung und Resultate. Die letzte ausführliche Publikation von Küttner (ref. Zentr.-Bl., Februarheft) hat diese Punkte ebenfalls erschöpfend dargelegt, und stützt sich Verf. zumeist auf K.'s Erfahrungen. Doch ergibt die Zusammenstellung F's, dass bisher 45 Fälle Förster'scher Operation in der Literatur mitgeteilt sind. Davon sind 8 gestorben, 2 davon an sekundärer Meningitis. Die übrigen ergaben zumeist ein befriedigendes Resultat. Die Nachbehandlung ist keine leichte und bedarf vielfach noch besonderer orthopäd. Massnahmen oder Nachoperationen und vor allem einer konsequenten Gymnastik. Soviel aber lässt sich aus den bisherigen Erfahrungen schon sagen, dass die Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln einen eminenten Fortschritt in der Behandlung der bedauernswerten Individuen, denen bisher mit den üblichen Operationsmethoden meist nur wenig geholfen werden konnte, bedeutet.

Baisch-Heidelberg.

28) **Gocht** (Halle). Die Röntgenologie im Krüppelheim. (Zeitschr. f. Krüppelfürsorge Bd. III, H. 2, S. 88 ff., 13 Abb.)

Die junge Ärztegeneration kann es sich heute gar nicht mehr vorstellen, dass es eine Zeit gegeben hat, in der der Chirurg die segensreiche Hilfe der Röntgenstrahlen entbehren musste, kann es heute schwer verstehen, dass ihre Bedeutung anfangs von so manchem Chirurgen unterschätzt wurde. In der Orthopädie sind sie uns unentbehrlich und demgemäss leisten sie im Krüppelheim unschätzbare Dienste. In dem mit Wärme geschriebenen Artikel setzt G. die grossen Vorteile der Röntgenuntersuchung an aus-



gewählten Kapiteln der Orthopädie auseinander. 13 sehr instruktive Pausen von Röntgenbildern illustrieren den Artikel.

Natzler-Heidelberg.

29) **Hasebroek.** Die Gymnastik als herztherapeutisches Mittel. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1911, Nr. 1.)

Für den kranken Kreislauf hat sich praktisch in der Heilgymnastik — unter Hinzunahme der speziellen Vibrationsbewegungen, der Thoraxerschütterungen, die das Herz tonisierend und regulierend beeinflussen — ein verschiedenes Vorgehen herausgebildet. H. unterscheidet:

1. Diejenige Gymnastik, die ausgesprochen Gewicht auf die passiven und leichten aktiven Uebungen legt, und die daher vorsichtig und mehr tastend die Leistungsfähigkeit des Systems zu heben sucht.

2. Diejenige aktive Gymnastik, die von vornherein durch forziertes Vorgehen am ganzen System inklusive dem Herzen energisch angreift.

3. Die sogenannte Selbsthemmungsgymnastik nach Gebr. Schott, die in der Mitte zwischen beiden steht.

Für die Wirkung der Gymnastik kommt nach H. als Peripherie im wesentlichen die Skelettmuskulatur in Frage und wir sind imstande, für den Zirkulationsbetrieb die Peripherie im weit verbreiteten Skelettmuskelgebiet selbständig und im wesentlichen unabhängig vom Herzen aufzubessern: es hebt sich durch systematische übende Ausführung und durch allmählich steigende Ansprüche sowohl die Grösse der Einzelleistung der Skelettmuskulatur als deren Ausdauer. Subjektiv geht hierdurch alles, was Gefühl der Anstrengung und unangenehme Sensation von seiten des Herzens bedeutet, zurück. Für das Herz selbst handelt es sich um Schonung, da es bei den gewöhnlichen Muskelaktionen des Körpers weniger und seltener als höchste Instanz in Anspruch genommen wird.

Auf diesem Wege der leichten Gymnastik behandeln wir alle wahren Herzmuskelerkrankungen.

Die Gymnastik versagt, wenn der natürliche Korrelationsbetrieb der Skelettmuskulatur nicht mehr steigerungsfähig ist. Man muss also nach H. stets im Auge behalten, dass die Gymnastik auf dem Wege der Funktion, d. h. durch Steigerung von im Organismus vorhandenen Reizqualitäten im Sinne der Selbstregulation und Selbsterhaltung wirkt. H. ist der Ansicht, dass man ein anatomisch wirklich nennenswert krankes Herz schwerlich aufbessern kann.

Blencke-Magdeburg.



30) **Joachimsthal**: Ueber angeborene Wirbelanomalien als Ursache von Rückgratsverkrümmungen. (Deutsche med. Woch. No. 37, 1910.)

Bei einem 3 jährigen Kinde hatten die Eltern bemerkt, dass das rechte Bein kürzer als das linke sei. Es war ein Schiefstand des Beckens vorhanden mit einer rechtskonvexen Biegung der Lendenwirbelsäule und leichtem Hochstand der rechten Schulter. Da die beiden Beine von gleicher Länge waren, wurde eine Röntgenaufnahme vorgenommen, die normale Brustwirbel- und Rippenverhältnisse ergab. Die ersten drei Lendenwirbel waren ebenfalls normal, der vierte zeigte eine deutliche Verschmälerung an der linken Seite, der fünfte eine noch stärkere. Zwischen ihm und dem 1. Sacralwirbel ist links ein runder Schatten, der nach aussen 1 cm weit über die Reihe der Wirbel hinausragt. 5. Lenden- und 1. Kreuzwirbel berühren sich nur noch am rechten Seitenrand. Der Schatten stellt offenbar einen Halbwirbel dar. — Bei einem anderen dreijährigen Mädchen, das im unteren Brust- und Lendenteil der Wirbelsäule eine Abweichung nach rechts zeigte, fanden sich im Röntgenbild am 8.—10. Brustwirbel links drei Gelenkflächen für Rippenansätze, während rechts fünf Gelenkflächen waren. Wahrscheinlich ist diese Unregelmässigkeit durch Interpolation von zwei Halbwirbeln auf der rechten Seite bedingt. Es folgen beiderseits noch 2 rippentragende Wirbel, so dass sich rechts 13, links nur 11 Rippen befinden. — Obwohl im ersten Falle der Sitz des Halbwirbels einer operativen Entfernung günstig war, wurde davon abgesehen und gymnastische Behandlung und Sohlenerhöhung angewendet.

Hohmann-München.

31) **Semeleder.** Ein einfaches und einwandfreies Verfahren zur bildlichen Darstellung von Deformitäten speziell der Skoliose. (Wien. klin. Woch. 1910; Nr. 30.)

Statt aller teuren und umständlichen Messungsapparate verwendet Verf. die photographische Technik, ausgehend von der Tatsache, dass ein Raster von einem Projektionsapparat auf eine ebene Fläche geworfen gerade Linien liefert, auf eine gekrümmte Fläche wellige, die symmetrisch oder asymmetrisch verlaufen werden je nach der Konfiguration des Schirmes. Das Raster auf den Rücken eines normal gebauten Menschen geworfen, liefert von der Vertikalen aus gerechnet symmetrische Wellenlinien. Bei Skoliotischen resultieren also verzerrte asymmetrische Linien. Die der Abhandlung beigegebenen Bilder sind überzeugende und fallen durch die Plastik auf.

Spitzy-Graz.



32) **Kellett Smith.** A pelvic level for comparing the standing height of the legs in lateral curvature of the spine etc. (Lancet, 21. Januar 1911.)

Eine Wasserwage auf einem dem Abdomen angepassten Holz, das 2 Spitzen hat, die an die vorher markierten Spinae angesetzt werden, um zur Beurteilung der Skoliose ein genau wagrechtes Becken zu haben. **Mosenthal**-Berlin.

33) **Pechowitsch**: Einfluss der Kriechübungen auf die lordotische Albuminurie. (Deutsche med. Woch. No. 43, 1910.)

Durch das Klappsche Kriechverfahren und zwar durch die zur Mobilisierung des Brustkorbs angewendete Lordosierung der Brustwirbelsäule wird eine Ausgleichung der Lordose des Lendenteils bewirkt und dadurch der schädliche Einfluss auf die Zirkulation der Nieren behoben. Von 30 Kindern der Klappschen Kriechturnstunde, die eine pathologische Lendenlordose hatten, zeigten 5 Albumen im Urin, und zwar niemals frühmorgens beim Aufstehen, wohl aber vor und nach dem Turnen, wobei die Eiweissmenge vor dem Turnen grösser war als nach dem Turnen. Durch die Turnübungen sank die Eiweissmenge deutlich, ohne jedoch zu verschwinden. P. spricht sich gegen die Corsettbehandlung der lordotischen Albuminurie aus. **Hohmann**-München.

34) **Braun** (Zwickau). Ueber die Anwendung der Suprareninanaemie bei Operationen am Schädel und der Wirbelsäule. (Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 107, S. 561.)

Verf. hebt den Vorteil der Anaemisierung durch Suprarenin gegenüber allen anderen Methoden der provisorischen Blutstillung speziell bei Operationen am Schädel und an der Wirbelsäule hervor, auf die bisher zu wenig Wert gelegt wurde. Verf. benutzte eine $^1/_2$% frisch bereitete Novokainlösung mit geringem Suprareningehalt, von der er 50—120 ccm je nach der Grösse und der Lokalisation (Dicke der Muskulatur) injizierte. Er ging dabei so vor, dass er sich im ganzen Umkreis des Operationsfeldes ausserhalb der Schnittlinie mehrere Quaddeln markierte und von diesen aus subkutan von einer zur andern injizierte. An Stellen des Schädels mit dicken Muskelschichten (seitlicher Schädel, Nacken) wurden auch diese im ganzen Querschnitt mit der Lösung durchtränkt; das geschah in der Weise, dass mit der Hohlnadel, immer injizierend, von jeder Quaddel zunächst senkrecht bis zum Periost eingestochen, dann schräg durch die ganze Dicke der Muskulatur



bis zum Periost nach allen Richtungen hin vorgedrungen, dann noch schräger in gleicher Weise in das Unterhautzellgewebe eingegangen wurde, sodass in alle Schichten nacheinander ausgiebige Mengen injiziert wurden. Durch solches Vorgehen wird die parenchymatöse Blutung so gut wie ganz ausgeschaltet, die grösseren Gefässe bluten infolge ihrer starken Kontraktion so schwach, dass man sie zum Unterbinden gerade noch finden kann. Verf. verwandte diese Blutstillung speziell bei Operationen am Kleinhirn, wobei die durch die Injektionen gesetzte Lokalanästhesie gleichzeitig oft die Narkose entbehrlich machte. Auch bei der Laminektomie ist die Blutleere der die Wirbelsäule bedeckenden Schichten ausserordentlich günstig. Die Heilung wird durch die Injektionen durchaus nicht gestört. In 2 Fällen (Kleinhirntumor, Ponstumor), deren Krankengeschichten Verf. bringt, waren gute Resultate bezüglich der Blutleere zu erzielen. Mehrere sehr instruktive Bilder erläutern das Vorgehen bei der Operation an der Schläfengegend, dem Hinterhaupt und der Wirbelsäule. **Stoffel**-Heidelberg.

35) **Riedinger:** Ueber habituelle und willkürliche Luxation des Schlüsselbeines, sowie über Schlottergelenk. (Arch. f. Orth. etc. Bd. IX, H. 1.)

Bei einem etwa 60jähr. Maurer entstand durch Fall vom 1. Stockwerk eine Luxation des acromialen Schlüsselbeinendes, die vom Anfang an habituell war. Die Luxationsstellung wird bei jeder Erhebung des Armes über die Horizontale infolge der Wirkung des M. serratus verstärkt. Mittels des Muskels schiebt Pat. mit einem Ruck des Acromion unter die Clavicula. Verbunden ist die habituelle Luxation mit einem Schlottergelenk.

In einem zweiten Falle bestand durch einen Unfall eine Luxation am sternalen Ende des Schlüsselbeins. Es stellt sich hier ein Schlottergelenk ein, nachdem durch einen zweiten Unfall eine Bewegungsstörung im Schultergelenk eingetreten war und dadurch das Sternoclaviculargelenk stärker in Anspruch genommen wurde. **Meyer**-Lübeck.

36) **Riedinger:** Ein Fall von gleichzeitiger traumatischer Luxation beider Schlüsselbeine. (Arch. f. Orth. etc. IX. Bd. 1. H.)

27jähr. Arbeiter fällt zwischen einen Eisenbahnwagen und die Laderampe der Güterhalle, sodass er mit den Schultern von beiden Seiten gequetscht wird. Dadurch entsteht rechts eine Luxatio



claviculae praesternalis, links Luxatio supraacromialis, infolge der starken Zusammenpressung der Schultern und des Thorax von beiden Seiten her. Nachdem 1/2 Jahr nach dem Unfall die Erwerbsfähigkeit 33 1/3 % war, tritt allmählich im Laufe von 5 Jahren völlige Arbeitsfähigkeit wieder ein. **Meyer**-Lübeck.

37) **Dietze:** Beitrag zu der spontanen subkutanen Sehnenzerreissung (Extensor digit. comm.) (Arch. f. Orth. IX. Bd. 1. H.)

47jähr. Zimmermann spürt beim erschwerten Sägen plötzlich einen schmerzhaften Ruck in der Nähe des rechten Handgelenks auf der Streckseite. Es handelte sich um eine indirekte, subkutane Querruptur des rechten Extensor digitorum communis III direkt unter dem Ligamentum transv., verbunden mit isoliertem Ausriss von Muskelsubstanz aus der Unterarmmuskulatur und zwar aus dem Bauch des M. extens. digit. comm.

Operation: Naht des zerrissenen Muskels. Heilung mit fast völliger Wiederherstellung der Funktion.

Ätiologie: Chronische Schädigung des Muskels durch den Beruf infolge dauernder Reibung der bei dorsalflektierter Hand scharfwinklig geknickten Sehne an dem scharfen Rand des Ligamentum transversum. **Meyer**-Lübeck.

38) **Heidenhain** (Worms). Resectio carpi. (Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 107, S. 570.)

Verf. gibt eine neue Methode dieser Resektion an, die er mit vollem Erfolge bei einer Handgelenkstuberkulose anwandte; die Methode vermeidet die Nachteile der sonst üblichen: Freilegung und Loslösung der Extensorensehnen auf weite Strecken und spätere mangelhafte Funktionsfähigkeit der Hand. Von der Mitte des Metacarpus V beginnend wird ein 13 cm langer Schnitt auf der ulnaren Kante des Metacarpus und der Ulna nicht zu weit dorsal gelegt, von hier aus zum Carpus vorgegangen, wobei nur ein mässiges Freilegen der Sehnen der Mm. extensor et flexor carpi ulnaris nötig ist, die Hand stark radialwärts geknickt und die Resektion ausgeführt. Dann wird die Hand an normale Stelle reponiert, und es werden von einem ausgiebigen Faszienschnitt über der Ulnakante aus die Sehnen der Beuge- und Streckmuskeln zugänglich gemacht und einzeln durch Raffnähte an ihren Ursprüngen so verkürzt, dass bei festem Aneinanderpassen der Mittelhand- und Unterarmgelenkenden die Sehnen gut gespannt sind. Durch die vollkommene Ausgleichung der vorher gut gereinigten Wundhöhle wird die Rezidiv-



gefahr vermindert und die Funktion der Hand gebessert. Die Finger waren bei dem Pat. gut beweglich, die Hand an der Resektionsstelle nur wenig beweglich; Pat. (Techniker) ist voll arbeitsfähig. Nachfolgende Leichenversuche erwiesen die Zweckmässigkeit der Methode, die Verf. durch einige instruktive Bilder veranschaulicht.

Stoffel-Heidelberg.

39) **Maxwell** (Leeds): Acute sepsis of the wrist from oral joint. Lancet 7. Jan. 1911.

M. stellt einen Fall von akuter Vereiterung des Handgelenks vor, die angenommene Ätiologie, viele kariöse Zähne mit dem septisch belegten Zahnfleisch, erwies sich als richtig, nach Reinigung des Mundes mit Extraktion der Zahnstümpfe auffallende und sofortige Besserung des Gelenkleidens. **Mosenthal**-Berlin.

40) **Hirsch:** Zur Klinik der Kahnbeinbrüche des Carpus. (Arch. f. Orth. etc. IX. Bd. I. H.)

51 jähr. Zimmermann erlitt einen Unfall, indem er über einen Stein fiel und mit der rechten Hand aufschlug. Erst 3 Jahre nach dem Unfall wird radiologisch eine Fraktur des os naviculare festgestellt, nachdem bis dahin die Beschwerden als eine Verstauchung des Handgelenkes gedeutet waren. Röntgenologisch fand sich eine Deformierung des os naviculare mit einer annähernd quer zur Längsachse des Knochens verlaufenden Bruchlinie. Funktion der Hand bedeutend beschränkt. Radiale Abduktion aktiv und passiv völlig unmöglich. Starke Schmerzhaftigkeit auf Druck. H. exstirpiert das os naviculare total und erreicht damit eine bedeutende Besserung der Funktion und der ganzen Beschwerden. Er glaubt deshalb bei veralteten Fällen die Totalexstirpation empfehlen zu müssen, während bei frischen Fällen kurze Fixation in radialer Abduktion der Hand und frühzeitige Massage und vorsichtige Bewegung zum Ziele führen. **Meyer**-Lübeck.

41) **Trevelyan** (Leeds): Stationary atrophy limited to the hand. (Lancet, 7. Jan. 1911.)

T. stellt einen Fall von Muskelatrophie vor, der beschränkt auf die kleine Fingermuskulatur seit 6 Jahren stationär ist.

Mosenthal-Berlin.

42) **Fessler** (München). Diagnose und Therapie der Frakturen an den Finger- und Mittelhandknochen. (Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 107, S. 297.)

Nachdem Verf. zunächst das Vorkommen und die Art der Ent-



stehung der Kompressions-, Biegungs- und Torsionsbrüche der Phalangen und der Metakarpen kurz besprochen hat, geht er auf die Befunde, die man bei den verschiedenen Brüchen im Röntgenbilde erheben kann, ein. Was die Therapie dieser Frakturen anbetrifft, so rät Verf. in Anbetracht der Wichtigkeit eines guten Heilerfolges, speziell in der Unfallpraxis, Schienenverbände nur bei geringer Dislokation zu verwenden, schwerere Dislokationen aber stets mit Zugverbänden zu behandeln. Verf. streift dann kurz die von Volkmann, Bardenheuer, Borchgrevink, Phelps angegebenen Zugverbände und bespricht seine Methode, die speziell für den prakt. Arzt geeignet ist. Ein an einem Ende gebogenes Bandeisen wird mit seinem geraden gepolsterten Ende in der Vola manus unterhalb des verletzten Fingers befestigt und der verletzte oder der zum verletzten Metakarpus gehörige Finger durch fest an ihm angewickelte Heftpflasterschleifen an das gebogene Ende des Bandeisens so fest als möglich herangezogen. Lockert sich nach Tagen der Zug, so wird er durch neue Zugstreifen verstärkt. Die Vorzüge des Verbandes sind: Einfachheit des Materials und der Anlegung, Aufhören der Schmerzen sogleich nach der Anlegung, bequemes Tragen, freie Bewegungen der anderen Finger und des Handgelenkes, ständige Uebersicht über die Bruchstelle, Möglichkeit der Massage. 2 Bilder veranschaulichen den Verband, 2 Röntgenbilder vor und nach der Heilung eines Grundphalanxbruches zeigen das gute Resultat der Behandlung. **Stoffel**-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

X. Kongress

43) der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Berlin, 17. bis 18. April 1911.

Bericht, erstattet vom Privatdoz. Dr. Wollenberg-Berlin.
Vorsitzender: Hoeftmann-Königsberg.

Projektionsabend 17. April.

1. **Böhm** (Berlin): Ueber mechanische Deformitäten. B. legte sich die Fragen vor: wie verhält sich ein gesunder wachsender Knochen bei 1) dauernder, 2) temporärer, mechanischer Einwirkung? Die dauernde Einwirkung führt zur Deformierung, wie das Beispiel der Chinesenfüsse, des Indianerschädels und der durch dauernde Bandagierung experimentell erzeugten Kyphosen und Skoliosen (Wullstein) lehrt. Temporäre Einwirkung dagegen führt nach Böhm nicht zur Deformierung, wie er aus der sich nicht fixierenden Lordose bei der angeborenen Hüftluxation, der sich nicht fixierenden statischen Skoliose bei einseitiger Beinverkürzung, dem sich nicht fixierenden paralytischen Platt-



fuss nachzuweisen sucht. Temporäre (tägl. 8 Stunden) Bandagierung von Hunden ergaben Böhm ebenfalls keine fixierten Deformitäten. Er schliesst daraus, dass — von der intrauterinen Belastung abgesehen — die Theorie der Entstehung von Belastungsdeformitäten durch temporäre Einwirkung unhaltbar sei; bei den knochenerweichenden Prozessen (Osteomalacie, Rachitis etc.) seien diese pathologischen Vorgänge das Wesentliche, die Belastung sei ein sekundärer Faktor.

Diskussion: **Heusner** (Barmen) weist darauf hin, dass man wahrscheinlich die Einwirkung der Belastung auf die Epiphysen resp. auf die Wachstumsgrenze berücksichtigen müsse, wie das Beispiel der Unterschenkelverbiegung nach temporärer Klumpfusskorrektur durch die Eltern lehre. **Maass** (Berlin) erinnert an seine Tierexperimente, welche die Entstehung eines genu valgum zur Folge hatten. **Mosenthal** (Berlin) zeigt einen Fall von Brachydaktylie, bei welchem die Verdickung des Metatarsus I zur Verbiegung der anderen Metatarsen führte. **Vulpius** (Heidelberg) hat mit der Zeit sich sehr erheblich fixierende paralytische Plattfüsse und statische Skoliosen gesehen. Die von Heusner erwähnten Unterschenkelverbiegungen sind vielleicht auf Rachitis, vielleicht auf lokale Knochenerweichungen zu beziehen. **Böhm** (Berlin): In den Experimenten von Maass wurde permanente mechanische Einwirkung angewandt; dass diese zu Deformitäten führt, wurde nicht geleugnet. Solche Verhältnisse kommen aber zur Erklärung der menschlichen Deformitäten niemals in Betracht. Deswegen muss der Begriff der „Belastungsdeformität" fallen gelassen werden.

2. **Peltesohn** (Berlin): Zur Aetiologie und Prognose der Coxa vara infantum. Es ergab sich, dass die grosse Mehrzahl der Coxa vara infantum auf Rachitis zurückzuführen ist. Winklige Abknickung des Schenkelhalses ist auf Verletzung, Fraktur oder Infraktion, zurückzuführen. Bei bogenförmiger Abbiegung des Schenkelhalses kann Spontanheilung eintreten, seltener bei der winkligen Abknickung. Die nach dem 4. Lebensjahr sich entwickelnde Coxa vara neigt zur Verschlimmerung. Die Therapie soll meist eine exspektative sein.

3. **Wollenberg**-Berlin. Demonstrationen zur Therapie der mobilen Skoliose. Die systematische Röntgenkontrolle der Skoliosen ist von grösster Bedeutung für die Therapie. Die Aufnahmen müssen bei gleichem Focusabstand und gleicher Einstellung vorgenommen werden, für welchen Zweck W. den Lange-schen Zeichenapparat, dessen Glasscheibe durch eine Kassette ersetzt werden kann, mit einem Blendenkasten kombiniert hat. W. zeigt Röntgenbilder mobiler Skoliosen vor und nach Anlegung von geteilten Skoliosenkorsetts, die er „Segmentkorsetts" nennt. Die Bilder, welche in aufrechter Stellung aufgenommen sind, zeigen völlige Geradestellung der Wirbelsäulen.

4. **Vulpius**-Heidelberg. Zur blutigen Behandlung des angeborenen Klumpfusses: Nicht alle Klumpfüsse sind unblutig völlig zu heilen. Demonstration von Röntgenbildern und Präparaten nach Exstirpation des Talus und nach Exkochleation des Talus (Ogston). Die Nachuntersuchungen ergaben, dass sich der Talus nach der Exkochleation wieder ergänzt und eine keilförmige Gestalt annimmt. Die Exstirpation gab in 25 % vorzügliche Resultate.

Diskussion: **Bade**-Hannover übt in schwierigen Fällen das „Hineinhämmern" der Fusswurzelknochen. **Biesalski**-Berlin bevorzugt die Ogston'sche Operation;



er entfernt hauptsächlich den Kern des Proc. anter. calcanei. **Reiner**-Wien spricht gegen die operative Therapie, die demonstrierten Fälle befriedigen ihn nicht; er hat in über 1000 Fällen nur 4 Talusexstirpationen gemacht. Die blutige Operation soll auf die wirklichen Missbildungen beschränkt werden. **Vulpius**-Heidelberg betont dem gegenüber, dass seine Fälle eben ausgesucht schwere sind.

5. **Ehringhaus**-Berlin. Ossärer Schiefhals als Teilerscheinung von weiteren Anomalien: Es handelte sich um Spaltbildung von Halswirbeln und Brustwirbeln, Verschmelzung von Dornfortsätzen; neben dem hierdurch bedingten Schiefhals lag eine Ptosis des rechten oberen Augenlides und Strabismus vor, wohl bedingt durch kongenitale Kernaplasie, ferner eine Skoliose, Rippen- und Genitalanomalien. E. nimmt eine kongenitale Hypoplasie der Hypophyse an. Therapeutisch wird Hypophysenextrakt versucht, und ein Stützkorsett für die Wirbelsäule appliziert.

Diskussion: **Schlee**-Braunschweig vermisst Angaben über den Röntgenbefund der Sella turcica. **Ehringhaus**-Berlin: Der Befund an der Sella war normal.

6. **Mosenthal**-Berlin. Einige Fälle von Brachydaktylie: Demonstration einer interessanten Reihe von hierher gehörigen Fällen, die sehr häufig Eltern und Kinder betrafen. Am plausibelsten erscheint M. die Machol'sche Annahme einer intrauterinen trophoneurotischen Störung resp. Zirkulationsstörung.

Diskussion: **Vulpius**-Heidelberg demonstriert einen analogen Fall. (Zugleich Klumpfüsse.)

7. **Glässner**-Berlin. Angeborene Verbildungen im Bereiche der oberen Extremität: Es wird demonstriert: Klumphand mit Vorderarmverkürzung und partiellem Radiusdefekt, partieller Ulnadefekt, knöcherne Synostose von Humerus, Radius und Ulna, kombiniert mit Fingerdefekten, partiellem Vorderarmknochendefekt, ferner Syndaktylie mit Synostose der Endphalangen, doppelter Daumen mit 5 Fingern (also in summa 7 Finger), amniotische Schnürfurchen mit Syndaktylie.

8. **Bade**-Hannover. Ohne Prothesen arbeitende Krüppel: Photographische Wiedergabe verschiedener Krüppel mit Extremitätendefekten, die ohne Prothesen bestimmte Arbeiten ausführen können. Kinematographische Darstellung einer armlosen Frau, die allein mit den Füssen feine Näh- und Stickarbeiten auszuführen vermag.

Eröffnungssitzung 18. April 1911.

9. **Spitzy**-Graz. Ziele der Nervenplastik: Eingehendes Referat über die experimentellen Grundlagen der Nervenplastik und ihre bisherigen Erfolge. Für die Indikation derselben ist von Wichtigkeit das Verhalten der galvanischen Muskelerregbarkeit in den ersten (4.—6.) Monaten nach der Lähmung; nimmt dieselbe rasch und konstant ab, so ist eine Nervenplastik zu machen, da sonst die Nervenendorgane degenerieren, wodurch eine spätere Pfropfung erfolglos wird. Der Erfolg der Nervenplastik kann auch durch andere Ursachen vereitelt werden, nämlich durch Ausbleiben der anatomischen Heilung der Implantation (z. B. durch Eiterung), ferner durch Ausbleiben der physiologischen Heilung (z. B. wenn die Lokalisierung bei Adaptierung der Querschnitte nicht richtig getroffen wurde, wenn nicht möglichst synergetische Nerven gewählt wurden, wenn zu schmale Lappen gebildet wurden). **Spitzy** hat bisher (41 Fälle) 30 % gute Resultate, 40 % teilweise Erfolge und 30 % Misserfolge.



Diskussion: **Ziegener**-Berlin machte experimentelle Versuche von Nervenüberpflanzung im Bereiche der Cauda equina. **Springer**-Prag hat eine ähnliche Operation am Menschen ausgeführt.

10. **Wierzejewski**-Berlin. Angeborene Kontrakturen: Bericht über ein kongenital luetisches Kind mit Klumphänden, Klumpfüssen, Abduktionskontraktur der Oberschenkel. W. hält angeborene Muskeldefekte für die Ursache der Gelenkstellungen.

Diskussion: **Kofmann**-Odessa hat ähnliche Fälle gesehen. v. **Aberle** weist auf die geringe Widerstandsfähigkeit derartiger Kinder hin; unter 3 solchen Fällen verlor er 2 an Fettembolie infolge der Redressements.

11. **Joachimsthal**-Berlin. Ostitis fibrosa im Kindesalter. 3 Fälle dieser Erkrankung mit ausgedehnter Zystenbildung. Von einer energischen Therapie wurde wegen der Multiplizität der Herde Abstand genommen.

Diskussion: **Brandes**-Kiel heilte 2 Fälle von solitärer Zystenbildung durch Exkochleation und Jodoformplombierung. **Schultze**-Duisburg empfiehlt bei multipler Erkrankung die Operation an den tragfähigen Knochen mit folgender Plombierung. **Möhring**-Kassel hat Dauerheilung ohne Operation beobachtet. **Wollenberg**-Berlin hat gleichfalls bei solitärer Zystenbildung Spontanheilung im Laufe eines Jahres gesehen.

12. v. **Aberle**-Wien. Singuläre angeborene Missbildung einer unteren Extremität: Das Femur eines 4jährigen Knaben ist unten gegabelt und an dem äusseren Gabelende sitzt der Fuss, der übrigens noch Syndaktylien aufweist. Eine entwicklungsgeschichtliche Erklärung vermag der Vortragende nicht zu geben.

Diskussion: **Joachimsthal** hat einen ganz analogen Fall bereits publiziert.

13. **Wierzejewski**-Berlin. Ueber Unfälle und Komplikationen be- orthopädischen Operationen: Zwei Formen von Komplikationen wurden beobachtet, die eine bestand in tonischen, seltener auch klonischen Krämpfen mit Bewusstseinsstörungen und Asphyxie nach redressierenden Operationen. Im Urin trat kein Eiweiss, wohl aber Zuckerausscheidung auf, beginnend einige Stunden nach der Operation und bis 2—3 Tage nach dem Anfalle dauernd Diese Form wurde besonders bei Operationen an Kindern mit Zerebrallähmung beobachtet und wird von W. auf die Dehnung von Nerven, z. B. des Ischiadicus zurückgeführt. Die zweite Form von Komplikationen bestand in Fettembolie, für welche W. zum Teile das Chloroform verantwortlich macht. W. empfiehlt deshalb Einschränkung des Chloroformgebrauches bei Kindern.

Diskussion: **Reiner**-Wien fand bei experimenteller Fettembolie eine auffallende Starrheit der Lungen. **Spitzy**-Graz perhorresziert das Chloroform bei Kindern. Die Tetanie der Kinder prädisponiert für die beschriebenen Unfälle. **Fink**-Charkow sah Krämpfe nach Einrenkung der Hüfte. In einem Falle wurde deshalb wieder ausgerenkt, und nach 10 Minuten hörten die Krämpfe auf. In einem anderen Falle wurde nicht wieder ausgerenkt; hier hörten die Krämpfe nach 3 Stunden auf. **Bade**-Hannover erlebte Krämpfe noch 10 Tage nach der Operation. Therapeutisch wirken kühle Bäder hervorragend. B. kennt nichts Angenehmeres als das Chloroform bei Kindern. **Vulpius**-Heidelberg protestiert ebenfalls gegen **Spitzys** Ausdruck, Chloroform bei Kindern sei ein Kunstfehler. **Lange**-Strassburg hat vom Chloroform bei Kindern keine Schädigungen erlebt.

14. **Vulpius**-Heidelberg. Ueber die Widerstandsfähigkeit von Sehnen und Sehnennähten. V. wendet sich gegen die Einwendungen von **Lange**-



München gegen die Naht von Sehne auf Sehne. Er stellte Belastungsversuche an Leichensehnen und gelähmten Sehnen an, die ergaben, dass gesunde und gelähmte Sehnen von durchaus gleicher Festigkeit sind, beide ertrugen Belastungen von 10--25 kg. Auch genähte gesunde und gelähmte Sehnen konnten in gleicher Weise belastet werden, ohne nachzugeben, es fanden vielmehr bei starker Belastung Abreissungen der Sehne am Muskelbauche statt, während die Nähte standhielten. **Langes** Einwendungen gegen die Naht von gesunden Sehnen auf gelähmte sind daher nicht stichhaltig.

15. **Cramer**-Köln. Ueber die Behandlung rachitischer Extremitäten-Verkrümmungen: Man soll nur bei abgelaufener Rachitis osteotomieren; diese unterscheidet sich röntgenologisch durch ihre glatten geraden Epiphysenlinien von den unregelmässig gezackten bei florider Rachitis. C. machte 316 Osteotomien ohne Todesfälle, ohne Fettembolien, ohne Ausgang in Pseudarthrose. Zahlreiche Fälle wurden durch „Modellierung" behandelt. Die Verkrümmungen der oberen Extremität führt C. auf die Belastung beim Aufstützen zurück.

Diskussion: **Köllicker** (Leipzig) rät zum frühzeitigen Eingreifen bei allen den Diaphysenverkrümmungen, welche durch Mitbeteiligung der Nachbargelenke kompliziert sind (z. B. genu varum und valgum). Rachitische Vorderarmverkrümmungen gehen spontan zurück. **Röpke** (Jena) empfiehlt die bereits früher von ihm beschriebene Methode der Umkrümmung nach 4 wöchentlichem Eingipsen, die dann stets leicht gelingt. **Schlichthorst** (Norderney) führt die Vorderarmverbiegung auf den Zug von Seiten der Beugemuskeln zurück. **Stein** (Wiesbaden) empfielt die Röpke'sche Methode. **Preiser** (Hamburg) ist dagegen nicht mit ihr zufrieden. **Spitzy** (Graz) ist für die Operation bei den sogen. hyperphysiologischen Krümmungen, die sich erfahrungsgemäss nicht ausgleichen.

16. **Böcker** (Berlin). Spätfolgen der Knochenbolzung bei paralytischen Gelenken. Eine Arthrodese mittels Bolzung durch periostgedeckten Knochen bei paralytischem Schlottergelenke des Fusses ergab eine allmähliche Verschlechterung der Fussstellung, die erst durch erneute Redression und Hinzufügung einer Fasciotenodese behoben wurde.

Diskussion: **Peltesohn** (Berlin) weist auf seine schlechten Erfahrungen bezüglich der Bade'schen subkutanen Elfenbeinbolzug hin. **Bade** (Hannover) erklärt die Misserfolge, die sich nicht leugnen lassen. **Röpke** (Jena) zieht stets die Bolzung durch frischen periostgedeckten Knochen vor. **Frangenheim** (Königsberg) sieht in Bades Vorgehen einen Rückschritt gegen Lexers Methode. **Schultze** (Duisburg) weist auf die Wichtigkeit der Ueberkorrektur selbst der minimalsten Deformität hin; er befestigt die Arthrodese durch Verschiebung eines Knochenstreifens von der Tibia bis über das Fussgelenk. **Cramer** (Köln) empfiehlt seine Methode, die ähnlich ist, nur dass er einen ungestielten Knochenperioststreifen benützt. **Biesalski** (Berlin) legt das Hauptgewicht auf die Herstellung eines massiven Fusses, wobei das Herabhängen des Vorderfusses beseitigt werden muss.

17. **Werndorff** (Wien). Zur klinischen Frühdiagnose der lokalen Knochen- und Gelenktuberkulose. Ein schwer erklärbares plastisches regionäres Oedem der Haut und der dem kranken Gelenke resp. Knochen benachbarten Weichteile ist als Frühsymptom verwendbar.

18. **Wollenberg** (Berlin). Zur Therapie der mobilen Skoliose. Das Stadium der Skoliose, welches für die Therapie die günstigsten Chancen gibt,



ist das mobile. In diesem Stadium müssen wir möglichst dauernd auf die Wirbelsäule einwirken, ohne sie zu entlasten und ohne ihre Bewegungen auszuschalten. Zu diesem Zwecke konstruierte W. sogen. „Segmentkorsetts", die nach Umkrümmung jedes einzelnen skoliotischen Segmentes aus Celluloid oder Leder hergestellt werden. Bei S-förmiger Skoliose werden also zwei völlig von einander getrennte Apparate angelegt, von denen der eine das Dorsal-, der andere das Lumbalsegment umkrümmt. In einzelnen Fällen ist die Hinzufügung von Detorsions- und Pelottenzügen erforderlich. Bezüglich der Wirkung der Apparate und der Röntgenkontrolle s. Vortrag auf dem Projektionsabend.

19. **Böcker** (Berlin). Erfolge der Sehnenentspannung bei Lähmungsdeformitäten. Die Korrektur von Lähmungsdeformitäten in redressierenden Verbänden im Sinne von Lorenz ergibt teilweises Wiederaufleben der Muskelfunktion; wo diese Methode versagt, ist zu überpflanzen.

20. **Stein** (Wiesbaden). Die Diathermie bei der Behandlung der Knochen- und Gelenkkrankheiten. Die gonorrhoischen, rheumatischen, uratischen Arthritiden, aber auch zahlreiche andere Formen der Knochen- und Gelenkkrankheiten reagieren günstig auf Thermopenetration.

21. **Frangenheim** (Königsberg). Ueber chondrodystrophische Zwerge. Schilderung zweier beobachteter Fälle, die bereits vor Abschluss des Wachstums durch Osteotomieen behandelt wurden.

Diskussion: **Joachimsthal** (Berlin) hat in einem Falle, der vor 13 Jahren operiert wurde, ein Dauerresultat erzielt.

Wullstein (Halle). Ueber die operative Behandlung des Plattfusses. Kritik der Plattfussoperationen. W. erzielt durch Herausmeisselung einer vierseitigen Pyramide aus der Gegend des Talonaviculargelenkes mit folgender 4—6 wöchentlicher Gipsapplikation und Tragen von Einlagen für ein halbes Jahr sehr schöne Resultate.

Diskussion: **Schultze** (Duisburg) hat die früher von ihm verwandte Plastik Nicoladonis verlassen und erzielt ohne Operation durch sein Redressement eine Rekonstruktion auch der schwersten Plattfüsse zur normalen Form.

23. **Caro** (Hannover). Anwendung von Hessing'schen Verbänden in der Kassenpraxis. C. lässt alle überflüssigen Teile, alle Vernickelungen etc. an den Hessing-Apparaten fort, verwendet in grösseren Mengen vorrätig gehaltene, gewissermassen fabrikmässig hergestellte Schienen in verschiedenen Grössen, lässt alte Lederhülsen wieder verarbeiten und macht so die Herstellung zu billigen Preisen möglich, gibt die Apparate auch leihweise ab.

24. **Mayer** (Köln). Die Behandlung der frischen Kinderlähmung durch Ruhigstellung. M. legt die Kinder vom Kopf bis zu den Füssen in ein Gipsbett und verhütet so die Entstehung von Lämungsdeformitäten.

25. **Hübscher** (Basel). Beiträge zur Gipsbettbehandlung der Wirbelsäulenerkrankung. H. verwendet prinzipiell eine hintere und vordere Gipsbettschale, damit das Umwenden, die Reinhaltung etc. der Kinder ohne Gefahr für die Wirbelsäule vorgenommen werden kann. Ferner zeigt H. ein quer geteiltes Gipsbett, das gewissermassen als Modifikation des Fink'schen Druckverfahrens gelten kann. Die Distraktion beider Hälften wird durch einen scherenförmigen Lagerungsapparat mittels Schrauben bewerkstelligt.

Diskussion: **Hoeftman** (Königsberg), **Kofmann** (Odessa) empfehlen ebenfalls das Gipsbett. **Fink** (Charkow) protestiert gegen Langes Einwendungen

wider seine Methode; er lässt die Kinder im Durchschnitt 1 Jahr 2 Mon. im Gipsbett liegen.

26. **Bade**-Hannover. Zur Behandlung spondylitischer Lähmungen: B. beobachtete überraschenden Rückgang von Lähmungen bei vertikaler Extension der Patienten. Er verwendet ebenfalls Gipsbetten, die den ganzen Patienten einschliessen.

Diskussion: **Fränkel**-Berlin zeigt stereoskopische Bilder, welche die Umkrümmung der Wirbelsäule während des Kriechverfahrens erläutern. Er benutzt diese Korrekturstellung zur Anlegung von Gipsbetten, welche den Kopf und die Arme, das Becken und die Beine mit einschliessen.

27. **Radlke**-Berlin. Röntgenuntersuchungen in der Skoliosentherapie: R. demonstriert durch Röntgenbilder die Einwirkung von Zander apparaten und von anderen funktionellen Uebungen auf die Skoliose, ebenso die Einwirkung einzelner Korsetts.

Diskussion: **Böhm**-Berlin. Da nur permanente Einwirkungen auf die Wirbelsäule Erfolg verheissen können, ist das von **Wollenberg** demonstrierte Verfahren zu empfehlen; ebenso die Lagerungsapparate, wie sie **Fränkel** gezeigt hat. **Bade**-Hannover demonstriert seine Korsetts, die er in mannigfaltiger Weise den Einzelfällen anzupassen versucht.

28. **Semeleder**-Wien. Verwertung des Körpergewichtes zur Korrektur von Belastungsdeformitäten: S. verwendet das Prinzip des Winkelhebels, der die Kraft der Belastung in andere Richtung umsetzt, zur Korrektur des genu valgum und varum, des Plattfusses u. dgl.

29. **Möhring**-Kassel. Die konstruktiven, hygienischen und praktischen Gesichtspunkte für die Herstellung der Wirbelsäulenstützapparate: Demonstration eines Stützapparates, der aus 2 neben der Wirbelsäule herlaufenden Rückenstäben, einem Beckengürtel analog dem der Hessingkorsetts und 2 etwas beweglichen Armstützen besteht.

30. **Springer**-Prag. Zur Entstehung der Madelungschen Handgelenkverbildung: S. schlägt für diese Deformität den Namen „Gabelhand" vor. Der Radius ist in seiner ganzen Ausdehnung verbogen, u. zw. zeigt er eine volare und ulnare Konkavität sowie eine Torsion um seine Längsachse. S. nimmt an, dass der Radius sich im Sinne der Pronation um die Ulna herumgebogen habe, wodurch sämtliche Deformitätskomponenten erklärt würden. Man muss einen erweichenden Knochenprozess annehmen.

Diskussion: **Brandes**-Kiel hält das Leiden für bedingt durch eine Entwicklungsstörung im Bereiche des Epiphysenknorpels des Radius u. zw. an seiner ulnaren Seite. B. beobachtete hereditäres Vorkommen der Deformität.

31. **Ludloff**-Breslau. Demonstration eines Präparates des normalen und pathologischen Hüftgelenkes eines 1¼jährigen Mädchens mit einseitiger angeborener Luxation: Die Luxationspfanne war erweitert, oben aber verschmälert. Der obere Limbusteil war verbreitert und nach unten umgebogen. Der Knorpelbelag der Pfanne war nicht hypertrophisch, sondern atrophisch. Es bestand eine Exostose am unteren, dem Os ischii zugehörigen Pfannenteil. In derartigen Fällen kann natürlich nur die blutige Reposition Erfolg haben.

32. **Härting** (Leipzig). Erfahrungen und Resultate von ca. 100 unblutig reponierten kongenitalen Hüftgelenksverrenkungen,



Statistisches; 92,6 % Heilungen bei einseitiger, 64 % bei doppelseitiger Luxation.

33. **Froelich** (Nancy). Die klinischen und anatomischen Formen der tuberkulösen Coxitis. F. unterscheidet 1) Coxitis fugax, 2) C. gravis 3) C. hypertrophica, 4) Caries sicca.

34. **Hagemann** (Greifswald). Eine typische Oberschenkelfraktur nach Knie- und Hüftgelenk fixierenden Gipsverbänden. H. erklärt die Fraktur, die oberhalb der Femurkondylen gelegen ist, durch Versteifung des Kniegelenkes.

Diskussion: **Ehringhaus** (Berlin) hat dieselbe Fraktur beschrieben; Versteifung des Kniegelenkes lag in seinen Fällen nicht vor.

35. **Kirschner** (Königsberg). Zur Chirurgie des Kniegelenks. Aussägen eines die Tuberositas tibiae mitsamt dem Ligamentum patellae einschliessenden trapezförmigen Knochenstückes aus der Tibia.

Diskussion: **Böse** (Berlin) geht in ähnlicher Weise vor.

36. **Köllicker** (Leipzig). Der spastische neurogene Plattfuss. K. empfiehlt für das Leiden die Sehnenplastik, und zwar verkürzt er den Tibialis ant., verlängert die Peronei, oder er verpflanzt die Peronei auf Tibialis anticus und Tibialis posticus.

37. **Kalsin** (Floreffe). Beweglicher Ruderapparat. Die Ruderbewegungen dienen gleichzeitig zur Fortbewegung des Apparates, der ungefähr die Gestalt eines Fahrrades hat.

Zum Vorsitzenden für 1912 wurde **Gocht** (Halle) gewählt.

---

40. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

44) zu Berlin, vom 19. bis 22. April 1911.

Bericht erstattet von Dr. Mosenthal in Berlin.

Der 40. deutsche Chirurgenkongress, der unter dem Vorsitz von Prof. Rehn (Frankfurt a. M.) in der Osterwoche im Langenbeckhause zu Berlin tagte, wurde mit einer würdevollen Gedächtnisfeier zum Andenken an den 100. Geburtstag v. Langenbeck's eröffnet.

Ueber das erste Hauptthema: „Die Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes“ referierte Herr Küttner, Breslau.

Nach einem ausführlichen historischen Ueberblick über die Entwicklung der einzelnen Waschmethoden bespricht er die in Anwendung kommenden Chemikalien und deren bakterizide Kraft und geht darauf zur kritischen Betrachtung der mechanischen Reinigungsmethode der Hände und des Operationsfeldes über. Die Fürbringer'sche Methode zur Reinigung der Hände ist heute die Methode der Wahl, speziell ausserhalb des Operationssaales, da sie auch ebensogut mit Brennspiritus ausgeführt werden kann. Das von Heusner eingeführte Jodbenzin wirkt in der Zusammensetzung Jod 0,5, Benzin 800,0, Paraffinöl ad. 1000,0, reizlos. Jodkollodium für das Operationsfeld birgt Gefahren (Feuer) in sich, Benzinoform reizt stark.

Undurchlässliche Stoffe zum Ueberziehen der Haut (Candamin, Derma gummit) haben nur wenig Anhänger. Für den Handschutz sind Gummihand-



schuhe speziell bei septischen Operationen allgemein in Anwendung, dagegen noch nicht allgemein bei aseptischen Operationen. Ihre Anwendung ist teuer, sie leiden sehr beim Auskochen. K. empfiehlt, sie über einem gepuderten Zwirnhandschuh im strömenden Dampf zu sterilisieren. In eine neue Aera sind wir eingetreten seit der von Grossich 1908 angegebenen Jodpinselung der Haut des Operationsfeldes. Eine Umfrage hat ergeben, dass unter 210 Chirurgen 185 die Methode fast ausschliesslich verwenden. Die Ekzemgefahr wird vermieden, wenn nur frische, 5 % Jodtinktur verwendet wird, die nur dünn aufgetragen zu werden braucht. Bei sehr zarter Haut genügt eine einmalige Bepinselung, ev. nachheriges Abwaschen mit Alkohol; jede vorhergehende Desinfektion mit anderen Desinfizienzien ist überflüssig und ev. schädlich. In K's Klinik nimmt der Patient am Abend vor der Operation ein Vollbad, darnach wird er rasiert und 20 Minuten vor der Operation und kurz vor der Operation nochmals wird das Feld mit 5% Jodtinktur bepinselt. Die Prinzipien, die uns zur Sterilmachung von Händen und Operationsfeld leiten sollen, sind grösste Sicherheit mit möglichster Einfachheit; demgemäss verfährt er, wie beschrieben, die Hände werden mit Alkohol gewaschen und Gummihandschuhe angezogen.

2. **Nötzel** (Saarbrücken). Ueber Wundbehandlung.

Das erste und einzige Prinzip bei der Wundbehandlung ist die Ausschaltung aller Infektionsmöglichkeit. Auf Grund seiner Untersuchung bei der Behandlung frischer Wunden kommt N. zu dem Ergebnis, dass eine Mitwirkung der chemischen Reagentien nicht zu bestehen scheint, sondern dass die Wirkung aller angewendeten Streupulver und imprägnierten Gaze nur eine rein physikalische zu sein scheint. Die sterile Gaze ist mindestens so wirksam, wie die Jodoform-, Vioform- etc. Gaze; die Pulver wirken rein austrocknend. Das Jodoform wird von ihm nur noch als Spezifikum bei Tuberkulose angewendet, er empfiehlt statt von aseptischer und antiseptischer Wundbehandlung lieber von physikalischer und chemischer zu sprechen.

Diskussion: **Kocher** (Bern) fürchtet die Anwendung des Jods bei den Basedow- und Strumafällen und rät Untersuchungen anzustellen, ob dasselbe dem Alkohol überlegen ist, was er nicht annimmt.

E. Israel zeigt Wildleder-Handschuhe zum Schutz der Hände bei Gipsverbänden. **Blumberg** (Berlin) zeigt ein Drahtnetz, in das die Handschuhe beim Kochen gelegt werden, um unterzusinken, und Handschuhe mit rauher Oberfläche. **von Oettingen** (Berlin) hält das Jod, speziell im Krieg, bei unsauberer Haut für kondraindiziert und empfiehlt seine Mastixlösung, die vor allem vorteilhaft im Krieg bei Wassermangel anwendbar ist. **Heusner** (Barmen) zeigt Aluminiumspriraldraht, Drainageröhrchen, die schon durch das sich teilweise resorbierende Aluminium desinfizierend wirken und nicht festkleben, ferner zum Ueberziehen der Hände eine Kolophonium-Aether-Terpentin-Lösung.

Lauenstein (Hamburg) hält die Jodpinselung bei Operationen, bei denen man durch die Haut bohrt oder Nägel einschlägt, für nicht ausreichend wegen der Gefahr, die unter der Jodschicht retenierten Keime in die Tiefe zu verschleppen. **Heinecke** (Leipzig) empfiehlt das Bepinseln der Wunden mit Jod. **Thöle** (Hannover) hat Jodidiosynkrasien beobachtet, für die von anderer Seite die Wirkung des Jodwasserstoffs angesehen wird.

Dreyer (Breslau) hat in Kniegelenke, die mit Staphylokokken infiziert wurden, Jod injiziert, wobei eine Eiterung ausblieb, es wachsen zwar auf den



Kulturen, die dem Knie darnach entnommen wurden, noch Staphylokokken, es kommt aber nicht zur Eiterbildung. **Jungengel** (Bamberg) nimmt als Ursache für das Jodekzem die Jodwasserstoffsäure an. Er zeigt einen Apparat, mit dem er auf die mit Alkohol imprägnierte Hand Joddämpfe appliziert. **König** (Greifswald) hebt die Störung hervor, die durch die Farbe des Jods (Lupus) verursacht wird, er glaubt in dem Thymol einen gleichwertigen Ersatz zu finden. **Rehn** (Frankfurt a. M) warnt vor der Berührung der Därme mit Jod, das intensiv zu Adhäsionen führe. **Spitzy** (Graz) empfiehlt bei Rhagaden statt Jod Harz anzuwenden.

Demonstrationsabend 19. April: **Woerner** (Schwäbisch-Gmünd) zeigt sehr schöne Lumièrephotographien von pathologischen Präparaten.

Bauer (Breslau) demonstriert eine mit Platinbaryumcyanyr getränkte Binde, die direkt auf der Hautoberfläche angelegt wird und das Bild dort erscheinen lässt und die Verwendung des Schirmes überflüssig machen soll. **Wessely** (Würzburg). Demonstration von Versuchen über Angewöhnungserscheinung bei öfters wiederholten örtlichen Reizen.

Pels-Leusden (Berlin). Röntgenbilder von spina bifida aperta und occulta, bei denen die häufig auftretenden Wirbel- und Rippenanomalien, Keilwirbel, Rippenverwachsungen — Variationen nicht subordiniert, sondern koordiniert zu sein scheinen.

Immelmann (Berlin). Demonstration von Röntgenbildern aus dem Gebiete der Knochenbrüche, die nichts neues darstellen.

Häberlin (Bad Nauheim). Demonstration zur Frage der ostitis fibrosa, bei der es sich nach seinen Untersuchungen um eine endostale Neoplasie handelt, die erst sekundär zur zystischen Degeneration führt.

3. Hauptthema.

Lexer (Jena): Ueber freie Transplantationen.

L. gibt einen vollständigen Ueberblick über den heutigen Stand der gesamten freien Transplantationen, von dem ich nur einiges Wesentliches hervorhebe. Hautlappen ohne Fettschicht heilen besser an als mit derselben, innerhalb des Körpers eignen sich jedoch Epidermislappen nicht. Erstes Prinzip ist Asepsis, rationelle Blutstillung, er lässt auf der Wunde etwas bluten, drückt dann das sich bildende Gerinsel mit einem Gazelappen aus und benutzt den Rest als Klebestoff. Die Tierhaut kann niemals die menschliche Haut ersetzen, höchstens eine Decke eines Defektes bilden. Bei der Hautplastik verfällt der Lappen verschiedenem Schicksal; gangränöser Verfall, Verklebung, rasche Abstossung, Vereiterung der Granulationen, langsames Ablösen oder Eintrocknen des Lappens, wenn derselbe angeheilt ist und in der 3. Woche Abschürfung desselben, oder das anfangs gut ernährte Stück wird später zur Narbe, oder schliesslich vollständige Anheilung oder Inselbildung. Fremde artgleiche Hautlappen heilen an, fötale besser als erwachsene. Bei heteroplastischen Lappen spielt der Rassenunterschied auch eine Rolle, Geschwister verhalten sich verschieden, Schleimhäute bilden bei der Transplantation ebenso günstige Verhältnisse. Er erwähnt einen Fall von Ersatz der Urethra durch den Appendix.

Bei der Fett-Transplantation kommt nur die Autoplastik in Frage. Aeusserste Schonung des subkutanen Gewebes, das verpflanzte Stück muss sofort in die präparierte Wundhöhle eingelegt werden. Fett eignet sich zur Zwischenlagerung



bei Synostosen; bei myositis ossificans progressiva nur vorübergehend, bei Verwachsung der Kniescheibe.

Nerventransplantation. Der transplantierte Nerv dient nur als Leitfaden, in den evtl. Fasern des Stammnervs hereinwachsen.

Gefässtransplantation hat sich erfolgreichst entwickelt. Arterien sind meistens nicht erhältlich, dagegen eignen sich Venen zur Autoplastik. Bei der Heteroplastik bilden sich mehr Thromben.

Die Fascien-Verpflanzung nach Kirschner hat die vielseitigste Verwendung gefunden, speziell auch zum Ersatz von Gelenkkapseln und Aponeurosen.

Periostlappen werden ebenfalls mit gutem Erfolge verpflanzt, es bildet sich aus denselben neuer Knochen. (Autoplastik.)

Bei der freien homoplastischen Sehnen-Verpflanzung nach Rehn jr. ist zunächst gänzliche Ruhe, dann frühzeitige funktionelle Inanspruchnahme Bedingung. (Ersatz von Gelenkbändern.) Als neue Operationsmethode berichtet er über den Ersatz von nekrotischen Sehnen bei Phlegmonen der Hohlhand. Nach Exstirpation der Narbe wird zunächst eine Hautplastik gemacht und der palmaris longus als einzig entbehrbarer Handmuskel autoplastisch verwendet.

Bei der freien Knochen-Transplantation kommt die Homoplastik der Autoplastik sehr nahe. Für kleine Defekte der Röhrenknochen oder Stellen, an denen Periost vorhanden ist, empfiehlt es sich, Leichenknochen zu nehmen. Knorpel-Plastik kommt nur für kleine Defekte in Frage. (Rippen auf Ohr, Nase.)

Gelenk-Plastik. Autoplastisch können nur Finger- durch Zehengelenke ersetzt werden. Bei der heteroplastischen Verwendung von Gelenken stört in erster Linie die starke Muskelatrophie des erkrankten Gliedes. L. demonstriert ein Kniegelenk, das von einer Leiche 8 Stunden nach der Hinrichtung entnommen und seit 5½ Monaten eingeheilt ist.

Der Versuch, ganze Glieder zu verpflanzen, ist noch nicht geglückt, indessen Fascien, Knochen, Gelenke werden erhalten, dagegen Haut, Muskeln, Nerven nicht. Diese verhalten sich, wie bei einer Ischämie.

Die Verpflanzung ganzer Organe homoplastisch gelingt nur, wenn proliferationsfähiges Gewebe mit verpflanzt wird (Periost, Blutgefässe). Als Regel stellt er auf: Das Transplantat braucht umsomehr Wachstumskraft, je weniger artgleich es ist.

König (Greifswald): Neue Wege der plastischen Chirurgie (Verlötung und Ueberbrückung).

Bericht über Fascienlappen, Transplantation bei Darmdefekten, Blase und Oesophagus.

Hohmeier (Greifswald). Experimentelle Untersuchungen zur Verlötung und Ueberbrückung von Wunden und Defekten Schleimhaut tragender Kanäle.

Freie Fascien-Transplantation wurde zur Schliessung von Wunden von Schleimhaut tragenden Kanälen (trachea) verwendet.

Schöne (Marburg): Transplantationsversuche mit artgleichen und artfremden Geweben.

Der schwierigste Punkt bei der Plastik ist die Ernährungsfrage. Hierbei ist die toxische Wirkung bei artfremden Geweben meist störend, bei artgleichen nicht immer. Bei Tierversuchen heilte bei Hauttransplantationen Haut von



derselben Familie regelmässig an, bei nicht verwandten Tieren niemals. Am besten gelang die Anheilung bei Geschwistern, bei Mutter auf Kind schlechter als bei Kind auf Mutter. Versuche mit embryonaler Haut ergaben, dass die Haut von Neugeborenen im Moment der Geburt auf die Mutter verpflanzt, normal sich entwickelte, dagegen nicht übertragbar war auf nicht blutsverwandte Tiere. Geschwülste, die sich zuerst schlecht verpflanzen liessen, liessen sich bei späteren Transplantationen besser verpflanzen (Angewöhnungserscheinungen nach Wessely).

Landois (Breslau): Ueber Transplantation in die Blutbahn.

Vergebliche Versuche, Epithelkörperchen durch die Blutbahn homoplastisch zu versetzen.

Rehn (Jena): Experimentelle Erfahrungen über freie Gewebstransplantation.

Homoplastisch positive Resultate bei Fett-Transplantationen, bei Fascien ist die Homoplastik der Autoplastik gleichwertig. Als Material für das als Bolzen verwendete Elfenbein empfiehlt er Horn, das widerstandsfähig ist und einwandsfrei reaktionslos einheilt.

Küttner (Breslau): Die Transplantation aus der Leiche.

Der voriges Jahr vorgestellte Patient, dem ein Hüftgelenk aus der Leiche implantiert worden war, war 13 Monate nach der Plastik an Metastasen gestorben. Der gesamte eingepflanzte Knochenteil ist erhalten, die Kapsel neu gebildet. Ob dieser Teil am Leben ist, ist noch nicht untersucht. Ein zweiter Fall ist vor 9 Monaten ebenso behandelt, Vereinigung des implantierten Stückes distal durch Tibiaperiostknochenlappen (Spontanfraktur ist wieder in Konsolidation, bei der der reichliche Kallus ebenso vom Leichenknochen wie vom normalen Knochen ausgeht). 3. Patient. Oberes Tibiaende bei Sarkom durch Leichenstück ersetzt. Aus einer an Lungenembolie gestorbenen Frau, 27 Stunden post mortem entnommen, 24 Stunden in Ringer'scher Lösung aufbewahrt. Bolzung mittels Knochenstücks, Leichenteil eingeheilt, Knie um 55° beweglich.

Stieda (Halle): Klinisches und Histologisches zur freien Knochentransplantation.

In einem Oberarmknochen, der homoplastisch ersetzt war, hat sich eine Fraktur an der Stelle gebildet, wo das transplantierte Stück sass, keine Kallusbildung, das Stück verhält sich nur teilweise als Fremdkörper, teilweise ist es lebend erhalten. Mikroskopische Untersuchungen.

Läwen (Leipzig): Freie Knochenperiosttransplantation in die Unterlippe bei doppelseitigem angeborenem Facialisdefekt, um das Herabsinken derselben zu vermeiden.

Tillmann (Köln): Ueber Knochentransplantation nach Unterkieferresektion.

Bei Unterkieferresektion, Ersetzen des resizierten Teils durch Tibiaknochenperiostlappen mit gutem Erfolge.

Goebell (Kiel): Behandlung der habituellen Patellarluxation mit freier Aponeurosentransplantation.

Knochennaht mit Perioststreifen an Stellen, wo das Periost verloren gegangen war.

Axhausen (Berlin) berichtet über positive Resultate bei Gelenkknorpelverpflanzungen. Der Knorpel ist nicht, wie der Knochen auf sein Periost, auf das Perichondrium angewiesen.



v. Haberer (Wien): Fälle von Ersatz des Humerus durch die Tibia, nach dem 2. Monat plötzlich Spontanfraktur, der verpflanzte Knochen liess sich wie ein Sequester aus dem erhaltenen Periost herausschälen.

Hugel (Landau): Epiphysäre freie Knochenimplantation. Verpflanzung von halben Gelenken.

Schmieden (Berlin): Zum Ersatz des Ohrknorpels wurde Rippenknorpel verwendet, der zunächst unter den Arm verpflanzt wurde und nachher mit der italienischen Methode versetzt wurde. Zur Erhaltung des transplantierten Stückes ist in erster Linie die Funktion massgebend. Gelenkknorpel von der Leiche zu verpflanzen, misslang. Er empfiehlt die freie Knorpelimplantation bei Sattelnasen. Gute Erfolge.

Baum (Kiel) spricht über freie Knochenimplantation bei Pseudarthrosen, die er ohne besonderen Erfolg ausgeführt hat.

Brunn (Berlin) empfiehlt bei der Hauttransplantation in der Nähe der Gelenke dickere Lappen zu nehmen.

Deutschländer (Hamburg) berichtet über einen guten Erfolg von Einpflanzung eines Bruchsackes bei einem versteiften Knie.

Bergel (Hohensalza) berichtet über weitere günstige Erfolge seiner voriges Jahr vorgestellten Fibrinversuche zur Kallusbildung.

Kirschner (Greifswald) berichtet über freie Nerventransplantation. Beim Hund wurde der nervus ischiadicus teilweise herausgeschnitten und wieder hereingelegt, heilte ein. Nervstücke frei verpflanzt, waren nach 2 Monaten degeneriert, geben ein gutes Leitungsmaterial.

Friedrich (Marburg) empfiehlt die Granulationsflächen, auf die transplantiert werden soll, in toto mit Rand zu exzidieren, und auf die frische Wunde zu transplantieren.

Enderle (Basel) hat frisch exstirpierte ganze Knochen implantiert, die aber wieder entfernt werden mussten (mikroskopisch: Nekrose). Von 4 transplantierten Kniegelenken blieben 2 darin (Tierversuche).

Müller (Rostock) warnt vorläufig noch vor zu optimistischer Beurteilung der von Lexer empfohlenen Sehnenverpflanzung bei Handphlegmonen.

Henle (Dortmund) hat bei Luxation mit Wirbelkörperfraktur der Halswirbel Synostose durch Ligatur der Dornfortsätze und seitliche Einlegung zweier Knochenspangen aus der Tibia feste Verwachsung, Beseitigung der Lähmung herbeigeführt.

Lucas (Trier): Kasuistischer Beitrag zur Verpflanzung eines Periostknochenlappens aus der Tibia zum Ersatz eines tuberkulösen Metacarpus.

22. April.

v. Fedoroff (Petersburg): Ueber die intravenöse Hedonalnarkose.

50—60 cbcm einer 0,75 % Lösung von Hedonal, intravenös injiziert, gibt eine gute langdauernde Narkose, ohne Nebenerscheinungen, die F. empfiehlt.

Kümmell (Hamburg): Ueber die intravenöse Aethernarkose.

Dieselbe ersetzt nach K. die Allgemeinnarkose nicht, ist aber ausgezeichnet und sehr empfehlenswert bei alten, schwachen Patienten, bei denen die Allgemeinnarkose eine gewisse Gefahr bedeutet. Die Narkose wird mit einem sehr geringen Quantum ausgeführt, das im Gegensatz zum Hedonal den Körper sehr rasch wieder verlässt, wie man an der Expirationsluft beobachten kann. Er



verwendet eine 5% Aether-Kochsalz-Lösung, davon werden im Aether nur 4% gelöst, sodass man incl. der verdunstenden Menge ca. 3½% der injizierten Menge dem Körpe r einverleibt. Diese analeptische Narkose bietet keine Gefahr längste Dauer 2¼ Stunden. Die in erster Zeit häufiger beobachteten Thrombosen werden jetzt durch permanentes Durchfliessen der Lösung vermieden. Embolie hat er in keinem Falle gesehen, bei dem Zusatz von Adrenalin oder Digalen entstehen häufig Thrombosen in der Armvene. Er führt die Narkose so aus, dass er nach vorangehender Skopolamin-Injektion 2 Irrigatoren bereit hält, einen mit Kochsalz + 5% Aether, den zweiten mit physiologischer Kochsalzlösung. Die Narkose verläuft durchweg ruhig, rasches Erwachen und äusserst seltene Brechreize bieten die ideale Form für alle alten und schwachen Individuen.

v. Brunn (Tübingen) berichtet über recht günstige Erfolge von Skopolamin-Pantopon-Injektions-Narkose, die er bei 500 Fällen angewendet hat. Selbst bei grösseren Eingriffen (Strumektomie) war kein weiteres Narkotikum nötig. Die Lösung ist auch zur Lokalanästhesie brauchbar. Atmung selten verlangsamt, Puls oft vermehrt, die Patienten schlafen oft stundenlang fort, die Narkose wirkt nur oberflächlich ohne vollkommene Muskelentspannung. Trinker sind häufig unruhig. Im Notfalle gibt er nur Aether, weil das Herz durch das Sc. schon belastet ist. 6—8 dezimilligramm Sc., 4—5 milligramm P.

Diskussion: **Brüstlein** (Biel) bestätigt die von Brunn gemachten Angaben. Er hat eine Beeinträchtigung der Atmung durch Pantopon nicht beobachtet.

Mertens (Zabrze) verwendet Isopral-Klystier; 0,1 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht. Alkoholiker schlafen ohne Exitation, Erbrechen selten.

Neu (Heidelberg) demonstriert einen Apparat, mit dem es möglich ist, das Stickstoff-Oxydul (Lachgas) mit Sauerstoffmischung genau zu dosieren und hofft davon eine weitere Verbreitung dieses angeblich ungefährlichen Narkotikums.

Arnd (Bern) empfiehlt die Rektal-Narkose mit Aether in 5% Lösung. Blutung von seiten des Darmes oder sonstige Störungen von seiten der Darmschleimhaut hat er nicht beobachtet.

Nach **Rehn** (Frankfurt a. M.) hat sich die ölige Aetherlösung nicht bewährt.

Läwen (Leipzig) injiziert bei Lumbal-Anästhesie extradural und rät, möglichst langsam, nicht mehr als 2 Dezigramm Novocain einzuspritzen.

Ritter (Posen) hat bei Tieren durch intravenöse Einspritzung von Cocain eine vollkommene Körper-Anästhesie bei vorhandenem Bewusstsein erreicht.

Hagemann (Greifswald) spricht für die Kümmell'sche intravenöse Aethernarkose, bei der er keinen Todesfall oder sonstige Schädigungen, abgesehen von vorübergehender Hämoglobinurie, beobachtet hat.

Pfeil-Schneider (Schönebeck a. Elbe) warnt vor der Kombination von Chloroform mit Scopolamin.

Clairmont (Wien) hat von der intravenösen Aethernarkose im Tierversuch keinen Vorteil gesehen.

Neuber (Kiel) warnt vor der Mischung von Scopolamin mit Morphium. Bei dem Scopolamin sollen nur ganz frische Mischungen verwendet werden, da dasselbe durch längeres Stehen zu leiden scheint. In 20—30% Erbrechen.

König (Greifswald) hält die intravenöse Aethernarkose speziell bei grossen Tumoren im Gesicht für indiziert.



Heidenhain (Worms) hält die Scopolamin-Pantopon-Narkose nicht für gefahrlos.

Kausch (Schöneberg) sieht keine Veranlassung ein, von der Aetherttropfnarkose abzugehen.

Bier (Berlin) empfiehlt Morphium-Atropin-Injektion mit Aether-Tropfnarkose.

Müller (Rostock) bringt bei Gesichtsnarkose die Kuhn'sche perorale Tubarnarkose in Erinnerung.

Kümmell (Hamburg) — Schlusswort — kommt bei Aethernarkose bei dem feuchten Hamburger Klima, das oft Bronchial-Katharre verursacht, kaum ohne Scopolamin-Morphium aus.

Braun (Zwickau): Die örtliche Anästhesierung des N. trigeminus und ihre Anwendung bei Operationen.

An anatomischen Tafeln zeigt B., wie man mit einer 1 % Novocainlösung sämtliche Operationen im Gebiete der verschiedenen Trigeminusäste unter Lokalanästhesie ausführen kann.

Riedel (Jena): Verschluss der Art. tibialis ant. durch Endarteritis.

Selten beschriebenes Krankheitsbild, das R. an sich selbst beobachtet hat, das nicht von Grangän in erster Linie, sondern vom sensiblen Nerv beherrscht wird, beginnend mit intermittierendem Hinken, das allmählich zu einem akuten Verschluss der tibialis ant. geführt und ein gangränöses Ulkus in der Mitte des Unterschenkels verursacht hat, das wegen der unerträglichen Schmerzen und seinem refraktären Verhalten allen therapeutischen Versuchen gegenüber schlieslich zur Amputation führte.

Coenen (Breslau) übt Kritik an der Wieting'schen Operation. Keryll's Versuche haben gezeigt, dass eine Umkehrung des Blutkreislaufes nicht zur Heilung, sondern zur Amputation führte. Seine Experimente beweisen, dass eine Umkehrung der Strömung des Blutkreislaufes herzustellen nicht möglich war. Bei Ueberleitung des arteriellen Blutes in das venöse von der Carotis in die Jugularis kam es stets zum Exitus, während eine reine Unterbindung von Carotis und Jugularis ohne Exitus überstanden wurde. Es ist fraglich, ob das Blut rückläufig die Capillaren passieren kann, und man müsste der Wieting'schen Operation skeptisch gegenüber stehen.

v. Bramann (Halle) berichtet über erfolgreich ausgeführte Arteriennähte bei Stichverletzung im Scarpa'schen Dreieck, Aneurysma bei Fraktur im Kniegelenk.

Diskussion: **Bier** (Berlin) hält die Wieting'sche Operation für möglich. Für kurze Zeit nach der Operation kommt es zur Wiederbelebung des betroffenen Gliedes, führt aber schliesslich stets zur Amputation.

Schmieden (Berlin) macht auf die Gefahr und Schwierigkeiten aufmerksam, die bei dem Nähen von arteriosklerotischen Gefässen entstehen und hält die Arteriennaht bei Arterioklerose für kontraindiziert.

Küttner (Breslau) hat die Gefässnaht bei einer durch einen Schrotschuss vielfach verletzten Vene mit Erfolg ausgeführt.

Heller (Königsberg) berichtet über ein erfolgreich genähtes Aneurysma der Art. femoralis.

Smoler (Chemnitz) nimmt vor einer Arterienunterbindung zur langsamen Gewöhnung des versorgten Gliedes an den verminderten Kreislauf eine allmähliche Drosselung der Gefässe vor.



Heinecke (Leipzig): Thrombosen an der oberen Extremität werden häufig beobachtet bei Prellungen des Arms, die wohl auf Rupturen der Intima zurückzuführen sind.

Hesse und **Schack** (Petersburg) berichten über Transplantation der Vena saphena in die Vena femoralis mittelst Gefässnaht durch operative Behandlungsmethode bei Varicen.

Wichtig sei für das Gelingen der Operation das anatomische Studium der Klappenverhältnisse der Venen. Kontraindiziert ist die Operation bei positivem Trendelenburg, also bei valvulärer Insuffizienz, indiziert bei kräftigen gesunden Leuten. 48 Fälle operiert, von denen 16 Fälle mit Ulcera ausheilten.

Katzenstein (Berlin) verlagert die Vena saphena in die tieferen Muskelschichten, um dadurch eine ständige Entleerung des Blutes zu erzielen.

Müller (Rostock) berichtet über Thrombose im Anschluss an Bier'sche Stauung.

Frangenheim (Königsberg) empfiehlt die saphenofemorale Gefässnaht.

Stieda (Halle) sah gute Erfolge bei dem Spiralschnitt.

Dollinger (Budapest): Unter 22 Fällen war bei 5 noch bis zu 6 Wochen die unblutige Reposition veralteter traumatischer Hüftgelenksverrenkungen gelungen. Bei 17 Arthrotomien, die er zur Reposition ausführte, konstatierte er fünfmal eine hochgradige Zerquetschung des Schenkelkopfes durch vorherige unblutige Repositionsmanöver. Die Pfanne ist in allen älteren Fällen mit schwieligen Bindegewebsmassen ausgefüllt und musste stets erst gründlichst ausgeleert werden. Wie die sectio in vivo ergab, ist ein grosses Hindernis für die unblutige Reposition häufig der Verlauf der kleinen Quermuskulatur des Beckens. Je nach dem Stand des Kopfes verlegen die vorliegenden Muskel in verschiedener Richtung die Pfanne, so dass erstere erst bei Seite gezogen werden müssen. Nur in den ersten 5 Fällen, die er als Studienfälle betrachtet, sind Eiterungen eingetreten, später aseptischer Verlauf, von denen 8 mit vollkommen beweglichen Gelenken ausheilten. Hin und wieder bleiben Bewegungsbeschränkungen zurück, dies ist aber auch bei der unblutigen Reposition der Fall, ein Fall von diesen bekam hochgradige Arthritis deformans, ein anderer heilte mit Versteifung aus, die eine Folge der Verletzungen des Kopfes war. Die Heilung ist nur eine Frage der Asepsis und der Technik.

Kocher (Bern) empfiehlt die Reposition zunächst unblutig, erst später blutig auszuführen und zwar stets in Seitenlage.

Reichel (Chemnitz) zeigt eine grosse Zottengeschwulst des Kniegelenks, die sich als Angiofibrom darstellt.

Dreyer (Breslau): — siehe vorn — Einspritzung von 5 % alkoholischer Jodlösung, durch die sich die zu erwartende Gelenkeiterung hintanhalten liess. Beim Menschen, 17 jähriger Knabe, mit Osteomyelitis und Streptokokken-Eiterung des Kniegelenks ging die Eiterung nach Jodininjektion zurück.

Röpke (Jena) hat Versuche angestellt, aus der Beschaffenheit der Liquorflüssigkeit nachzuweisen, ob es sich um Verengerung des Duralsackes handelt, und er hat gefunden, dass unterhalb des Tumors resp. der Verengerungsstelle der Eiweissgehalt der Flüssigkeit vermehrt ist.

Kaisin (Floreffe-Namur) demonstriert einen sinnreichen Extensionsapparat für die Behandlung der Frakturen des Unterarms. Von



einer Manschette in der Mitte des Oberarms geht eine parallel dem Unterarme diesen freilassende Stahlstange zu einer Feder, die mit einem zusammengenähten Handschuh, in dem die Hand steckt, verbunden ist, distrahierend wirkt und den Unterarm vollkommen frei lässt.

v. Saar (Graz) führt bei deform gehaltenen Unterschenkel-Frakturen durch Verkeilung der Fibula Stellungsbesserung herbei.

Caro (Hannover): Demonstration zur funktionellen Behandlung der Frakturen, Verbilligung in der Herstellung von Hessing-Apparaten. Leihweises Ueberlassen derselben an die Kassen.

Boettger (Grossburgk) zeigt kleine aus Celluloid gefertigte Fenster, die das Ausschneiden von Fenstern im Gipsverband erleichtern sollen.

Ludloff (Breslau) demonstriert die Stellung des Patienten zur röntgenologischen Aufnahme der Sohlenseite des Calcaneus.

Steinmann zeigt Bilder von Frakturen der Epiphyse des Calcaneus.

Thöle (Hannover) behandelt Kieferbrüche ohne Naht durch Schienen, die an den Kieferrändern entlang laufen und mit Kappen auf den Zähnen befestigt sind.

Semeleder (Wien): Verwertung des Körpergewichts zur Korrektur von Belastungsdeformitäten (Siehe Orthopädenkongress).

Heusner (Barmen) empfiehlt seine elastischen Stahldrahtschienen zur Nachbehandlung von Klumpfüssen.

Gulecke (Strassburg): Erfahrung mit der Förster'schen Operation bei gastrischen Krisen. 17 Patienten, die alle stark morphinistisch geworden waren, wurden durch die extradural ausgeführte Operation nur zum kleinsten Teile geheilt, häufiger gebessert.

Gümbel (Charlottenburg) operierte 4 Fälle von Little mit teilweise günstigem Resultat.

Martens (Berlin) demonstriert eine Exostose im Wirbelkanale, die zu einer vollständigen Kompression des Rückenmarks mit entsprechender Lähmung führte und bei zeitigerer Operation evtl. Heilung gebracht hätte.

Clairmont (Wien) hat bei gastrischen Krisen mittels der Durchschneidung der Interkostalnerven fast stets Recidive gehabt, bei 5 wegen Muskelspasmen operierten Fällen nur bei 2 Besserung.

Förster (Breslau) hat bei 2 Fällen von gastrischen Krisen, bei denen nur 4—5 Wurzeln reseziert wurden, keine Besserung gesehen. Trotzdem glaubt er, das Verfahren weiter empfehlen zu sollen, weil es bei den trostlosen Fällen das einzige Mittel ist, das evtl. Heilung bringen kann. Es genügt die Anzahl der resisecierten Wurzeln meist nicht zur Heilung, weil sicherlich auch Fasern von den höheren oder tieferen Wurzeln zu den krampfauslösenden gehören. In einzelnen Fällen dürfte es sich auch um eine reine Vaguserkrankung handeln, bei denen natürlich die Operation aussichtslos ist, was zu entscheiden vor der Operation allerdings nicht möglich ist.

---

45) **7. Kongress der Deutschen Röntgengesellschaft am 22. und 23. April in Berlin (Langenbeckhaus).**

Bericht erstattet von R. Grashey in München.

Von den zahlreichen Vorträgen waren nur einige wenige aus der medizinischen Gruppe in das orthopädische Fach direkt einschlägig. Dagegen wird manche



technische Neuerung auch im Röntgenlaboratorium des Orthopäden voraussichtlich Eingang finden und verdient daher eine kurze Besprechung.

Herr Fraenkel-Hamburg machte röntgenologische Studien über die kongenitale Knochensyphilis (fälschlich auch „hereditär" genannt). Wegen der oft grossen Zerbrechlichkeit solcher Knochen ist diese Untersuchungsmethode nicht nur viel bequemer, sondern auch für die übersichtliche Beurteilung der Verhältnisse zuverlässiger als die Präparation. An der oberen und unteren Knochenknorpelgrenze der Tibia vor allem sieht man zunächst ein breites Schattenband, das gegen die Diaphyse glattrandig ist, gegen die Epiphyse aber Ausläufer sendet. In weiter vorgerücktem Stadium ist das Kalkband nicht mehr homogen, sondern zeigt eine Schichtung infolge Ausbildung einer gummösen Schicht bezw. von Granulationsgewebe. Ausser dieser Osteochondritis syphilitica beobachtet man als zweite Form die Periostitis ossificans, die in der Mitte der Diaphyse am mächtigsten ist und zur sog. Sargbildung führt. An der unteren Epiphyse beider Unterschenkelknochen kommen Spontanfrakturen vor an der Stelle, wo das Knochengewebe vollständig geschwunden ist; sie können das III. Stadium, Epiphysenlösung, vortäuschen. Charakteristisch für diese syphilitischen Veränderungen ist ihr doppelseitiges Auftreten. Zunächst wird die untere Extremität befallen, selten erkranken die Vorderarmknochen isoliert. Das gleichzeitige Vorkommen von Rachitis und Osteochondritis ist weder anatomisch noch röntgenologisch bewiesen.

Herr Reyher-Berlin berichtet über seltenere röntgenologische Befunde bei Barlowscher Krankheit. Am häufigsten wird die sog. Trümmerfeldzone beobachtet. Selten sind Infraktionen, noch seltener Frakturen. R. zeigt Bilder von ungewöhnlich ausgedehnten, innerhalb 10 Tagen (im Röntgenogramm) entwickelten subperiostalen Hämatomen an beiden Oberschenkeln, dann von Epiphysenlösung neben solchem Hämatom. Letzteres geht zurück und der Epiphysenkern kann seine richtige Lage wiedergewinnen. In der Diskussion macht Herr Alexander-Budapest darauf aufmerksam, dass die Syphilis sich bei den Metakarpalknochen immer an beiden Enden zeigt; an dem des ersten erscheint sie nur proximal, was für die Dreigliedrigkeit des Daumens spricht.

Von selteneren traumatischen Skelettveränderungen, Frakturen und Luxationen, werden manche interessante Bilder projiziert. Es zeigten Herr Haenisch-Hamburg: Vollständigen Querbruch des Kreuzbeins; Herr Graessner-Köln: Absprengung eines schalenförmigen Stücks vom Köpfchen des Metacarpale I; Fraktur des Capitulum humeri mit Stück von der Trochlea; 3 Fälle von posttraumatischer Verknöcherung der Bandmassen zwischen Clavicula und Proc. coracoideus; Herr Algyogyi-Wien: Fraktur des Speichengriffels und Navikulare nebst Luxation der übrigen Handwurzel ausser Lunatum; Fraktur mehrerer Metatarsalien nebst seitlicher Luxation beider Sesambeine am ersten Mittelfussknochen; Fraktur aller das Schultergelenk bildenden Knochen ausser Clavicula; Herr Grashey-München: 3 Frakturen des Os hamatum, 2 davon nur den Hamulus betreffend, alle durch Quetschung zwischen Walzen etc. entstanden; grössere Absprengung vom Triquetrum dorsal (kleinere häufig). Luxationsfraktur des Humeruskopfes. Nach jeder Schulterluxationsreposition soll ein Röntgenbild zur Kontrolle gemacht werden. G. zeigt auch Bilder von Periarthritis humeroscapularis, welche nicht immer nur auf einen Schleimbeutel beschränkt zu sein pflegt, sondern auch die Gelenkkapsel bezw. die sehnigen



Ansätze der Rotatoren mitbetrifft. Auf Röntgenbildern kann sich der kalkige Niederschlag hinter dem Kopfschatten verbergen. Man tut gut, auf dem Schirm zu kontrollieren. Die Operation ist zu empfehlen.

Herr Graessner-Köln zeigte das Bild eines Oberschenkels von einem 61jährigen Mann. Im unteren Drittel fand sich bei verschiedener Projektion jedesmal zentral ein sehr dichter länglicher, grosser Schattenfleck, dessen Natur fraglich war.

Herr Fujinami-Tokio hat in Kienböcks Sammlung die Verknöcherungskerne des kindlichen Handskeletts bestimmt und folgende Zeiten für das Auftreten dieser Kerne gefunden: Capitatum und Hamatum Mitte 2. Monat, Radiusepiphyse 1¼ J., Triquetrum 2¼ J., Lunatum 3½ J., Naviculare und Multangula Anfang 5. Jahr, Ulnaepiphyse Anfang 6. Jahr, Pisiforme Anfang 11. Jahr.

Herr Alexander-Budapest hat seine Studien über Ossifikation der menschlichen Wirbelsäule vervollständigt. Er bespricht besonders das Verhältnis zwischen den sekundären Knochenpunkten im Wirbelkörper und der primären Ossifikation und die Bedeutung dieser Beziehungen für die Gestaltung der Wirbelkörper; Störungen bei syphilitischer Erkrankung; Bedeutung von Entwicklungsstörungen für die Orthopädie.

Von technischen Neuerungen interessierten die von Müller-Hamburg hergestellten Röntgenröhren mit Fenster aus Lindemannglas, welches statt Calcium und Silicium und Natrium die viel geringeres Atomgewicht besitzenden Elemente Lithium, Beryllium und Bor enthält, die Strahlen also, insbesondere die weichen natürlich, viel besser durchlässt als die gewöhnlichen Röhren. Gelobt wurde die neue Bauerröhre, welche aus Entfernung mittels Druckgebläse leicht zu regenerieren ist. Jedesmaliger Druck lässt ein minimales Lufttröpfchen durch ein Ventil in die Röhre eintreten. Luft verdient den Vorzug vor dem in der Osmoregulierung eintretenden Wasserstoff.

Herr Dessauer-Frankfurt hat das Waltersche Fokometer (zur Messung der Brennpunktschärfe) und das Bénoistsche Penetrometer verbessert. Herr Levy-Dorn-Berlin zeigt einen kleinen Winkelspiegel zwecks bequemer Einstellung des Fokus auch auf Entfernung, ferner einen verbesserten Universalschutzkasten. Herr Rosenthal-München erläutert die Vorzüge seiner trotz feinen Brennpunkts sehr belastungsfähigen Präzisionsröhre an Weichteilbildern. — Herr Bucky-Berlin benützt für Aufnahmen im Haus des Kranken einen Apparat, der von der Elektromobildroschke Strom erhält. — Herr Bangert-Berlin versuchte Röhren mit Hochfrequenzströmen zu betreiben. Die Leistungsfähigkeit ist aber abgesehen von unangenehmen Ladungserscheinungen, gering. — Die neueren vervollkommneten Dosierungsapparate interessieren bei der geringen therapeutischen Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Orthopädie weniger. — Herr M. Fraenkel-Berlin sah im Kleinerbleiben der Jungen einer durch Röntgenbestrahlung im eigenen Wachstum gehemmt gewesenen Meerschweinchenmutter einen Beweis für die „Vererblichkeit erworbener Eigenschaften"; dieser Schluss wurde in der Diskussion abgelehnt.



Inhalt: Die Behandlung des Pectus carinatum. Von Priv. Doz. Dr. Albert Wollenberg in Berlin (Originalmitteilung).

Buchbesprechungen: v. Braun, Chirurgische Krankheiten der unteren Extremitäten. — **Helferich**, Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. — **Wieland**, Ueber sogenannte angeborene und über frühzeitig erworbene Rachitis. — **Blumberg**, Leitfaden für die chirurgische Krankenpflege. — **Bregman**, Diagnostik der Nervenkrankheiten. — **Sommer**, Röntgentaschenbuch. — 43. Jahresbericht von New York Orthopedic Dispensary and Hospital. — 3. u. 4. Jahresbericht der Widener Memorial Industrial Training School for Crippled Children in Philadelphia. — 10. Jahresbericht des New York State Hospital for Crippled and deformed Children. — Jahresbericht 1909/10 des Nebraska Orthopedic Hospital in Lincoln.

Referate: 1) **Bell**, Spalthand und -Fuss. — 2) **Clark**, Wirkung kleiner aufeinander folgender Dosen Chloroform. — 3) **Evans**, Jod als Desinfektionsmittel. — 4) **Choyce**, Symmetrische Gangrän der Füsse, der 3 Aussenfinger der Hände und der Nasenspitze. — 5) **Ransome**, Gangrän des Fusses nach Diphtherie. — 6) **Codivilla**, Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. — 7) **Walterhöfer**, Therapeutischer Wert des Fibrolysins. — 8) **Tietze**, Knochenzysten. — 9) **Gehring**, Cysten der langen Röhrenknochen. — 10) **v. Haberer**, Zur Frage der Knochenzysten und Knochentransplantation. — 11) **Titow**, Ueber Knochenechinokokkus. — 12) **Poncet** und **Leriche**, Floride Lungentuberkulose und beginnende Osteomalazie. — 13) **Jensen** und **Kock**, Osteoperiostitis paratyphosa. — 14) **Barker**, Gestörte Zirkulation als Grund des Ausbleibens der Konsolidation bei Knochenbrüchen. — 15) **Bardenheuer**, Behandlung der Frakturen mit Streckverbänden. — 16) **Garrod**, Auskultation der Gelenke. — 17) **Rehn**, Gelenkchondrome. — 18) **Levy**, Neuropathische Knochen- und Gelenkerkrankungen. — 19) **Ewald**, Myositis ossificans nach Traumen, bei Frakturheilungen und Arthropathien. — 20) **Telling**, Ueber Muskelrheumatismus. — 21) **Astramonoff**, Myositis ossificans traumatica. — 22) 23) **Barnes, Schaedel**, Progressive Muskelatrophie. — 24) **Kron**, Ueber stellvertretenden Muskelersatz. — 25) **Lange**, Sehnenverpflanzung. — 26) **Lange**, Orthopädische Behandlung der Rückenmarkslähmung. — 27) **Foerster**, Behandlung spastischer Lähmungen durch Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln. — 28) **Gocht**, Röntgenologie im Krüppelheim. — 29) **Hasebroek**, Gymnastik als herztherapeutisches Mittel. — 30) **Joachimsthal**, Angeborene Wirbelanomalien als Ursache von Rückgratsverkrümmungen. — 31) **Semeleder**, Verfahren zur bildlichen Darstellung von Deformitäten. — 32) **Smith**, Apparat zur Beurteilung der Skoliosen. — 33) **Pechowitsch**, Einfluss der Kriechübungen auf die Albuminurie. — 34) **Braun**, Suprareninaemie bei Operationen am Schädel und der Wirbelsäule. — 35) **Riedinger**, Habituelle und willkürliche Luxation des Schlüsselbeins. Ueber Schlottergelenk. — 36) **Riedinger**, Gleichzeitige traumatische Luxation beider Schlüsselbeine. — 37) **Dietze**, Spontane subkutane Sehnenzerreissung. — 38) **Heidenhain**, Resectio carpi. — 39) **Maxwell**, Akute Vereiterung des Handgelenks. — 40) **Hirsch**, Kahnbeinbrüche des Carpus. — 41) **Trevelyan**, Stationäre Atrophie der Fingermuskulatur. — 42) **Fessler**, Frakturen der Finger- und Mittelhandknochen.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 43) X. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie am 17. u. 18. April 1911. — 44) 40. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 19.—22. April 1911. — 45) 7. Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft am 22. und 23. April 1911.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Professor Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstrasse 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW. 6, Karlstrasse 15, einsenden.

Druck von H. Klöppel, Quedlinburg.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. **Juni 1911.** **Heft 6.**

Die Behandlung der Skoliose mittels Herz'scher Apparate.

Von Dr. IMMELMANN in Berlin.

Vom orthopädischen Standpunkt aus ist jeder Versuch, geeignete Apparate zur Behandlung der Skoliose zu konstruieren mit grosser Freude zu begrüssen, zumal wenn sie auf physiologischer Basis beruhen, wie dies bei den Herz'schen Apparaten der Fall ist. Sie sind nach folgenden Grundsätzen eingerichtet:

a) Die Bewegung soll nur von einem Muskel oder einer vollkommen synergistischen Muskelgruppe ausgeführt werden.

b) Die Drehungsaxe des Apparates muss mit derjenigen des Gelenkes zusammenfallen.

c) Der Widerstand muss sich parallel den während der Bewegung spontan eintretenden Schwankungen des Muskelzuges ändern. Die Kurve, welche diese Schwankungen zur Anschauung bringt, nennt Herz das Gelenk-Muskel-Diagramm.

Wir wollen im folgenden diejenigen Apparate des Systems näher bezeichnen, welche für die orthopädische Behandlung und zwar besonders für die Skoliose in Frage kommen.

1. Vor-Rückwärts-Führen der Arme = O11. Da alle Muskeln, welche vom Schultergürtelskelett zu den Rippen ziehen, sich aussen am Brustkorb anheften, so werden wir, je nachdem wir die eine oder die andere obere Extremität üben lassen, eine einseitige Wirkung auf den Brustkorb und damit auch auf die Wirbelsäule ausüben. Wir belasten diejenige Seite, nach welcher die



Konkavität der Wirbelsäule liegt, stärker, um den Rumpf nach dieser Seite auszubiegen, wodurch die Wirbelsäule mobilisiert und deren Redression begünstigt wird. Uebrigens verwenden wir den Apparat doppelseitig mit ausgezeichnetem Erfolge bei Kyphose der Brustwirbelsäule. Aehnlich wirken O_{12} = Hebung - Senkung der Arme sagittal, O_{13} = Hebung - Senkung eines Armes frontal, O_{15} = Kreisen eines Armes.

2. Rumpf - Beugen - Strecken = R_1.

Die Widerstandsbewegungen des Rumpfes bewirken eine Biegung resp. Drehung der Wirbelsäule durch Inanspruchnahme der Rücken- und Lendenmuskulatur.

3. Rumpf - Neigen frontal = R_2.

Im Allgemeinen liegt die Drehungsaxe nahe der Grenze zwischen Brust- und Lendenwirbelsäule, doch gestattet unser Apparat die seitliche Rumpfneigung um verschieden hochgelegene sagittale Axen vor sich gehen zu lassen. Den ersteren Drehpunkt wählen wir bei der Skoliose der Brustwirbelsäule mit entgegengesetzter Krümmung der Lendenwirbelsäule.

4. Rumpf - Drehen = R_3.

5. Becken-Drehen = R_4.

Die beiden letztgenannten Apparate dienen der Detorsionsbehandlung der Skoliose.

6. Rumpf - Kreisen = R_5.

7. Ruderbewegung = R_7.

Dieser Apparat ist der vollkommenste Ruderapparat, den ich kenne, er dient zur Kräftigung der Rücken- und Lendenmuskulatur.

Zu diesen Apparaten kommen noch die der mechanischen Einwirkung auf die Muskulatur hinzu: E_1 R = Erschütterung der Rückenmuskulatur mit dem Vibrationsapparat und

E_1 L = die der Lendenmuskulatur.

E_4 = Walkung derselben Körperregionen.

Ich habe bisher nur die Apparate genannt, welche direkt auf die Wirbelsäule einwirken: wollte ich aber auch diejenigen Apparate anführen, welche indirekt zur Kräftigung der Rückenmuskulatur beitragen, so müsste ich fast sämtliche Apparate des Herz'schen Systems erwähnen.

Zum Schluss möchte ich noch bemerken, dass die Hersteller der Apparate — Rossel, Schwarz u. Co. in Wiesbaden — eifrigst bemüht waren, Verbesserungen, die sich im Laufe der Jahre als notwendig herausgestellt haben, anzubringen, sodass unser System jetzt als eins der vollkommensten Instrumentarien anzusprechen ist.



1) **Axhausen** (Berlin). Arbeiten aus dem Gebiet der Knochenpathologie und Knochenchirurgie.
(Arch. f. klin. Chir. 94. Bd. S. 241.)

1. Kritische Bemerkungen und neue Beiträge zur freien Knochentransplantation.

Verf. veröffentlicht im ersten Teil seiner Arbeit 2 neue Fälle, bei denen ein reseziertes Knochenstück durch ein periostgedecktes Knochenstück desselben Individuums ersetzt wurde, und zwar einmal am Oberschenkel, einmal am Daumen; im ersteren besonders interessanten und seltenen Fall handelte es sich um ein in frühester Jugend entstandenes, vielleicht sogar kongenitales, sehr langsam wachsendes reines Fibrom des Knochens. Der funktionelle Erfolg sowie die spätere wiederholte radiologische im einen, die nachfolgende histologische Untersuchung im anderen Falle erwiesen die Zweckmässigkeit der Transplantation lebenden periostgedeckten Knochens sowie die der vom Verf. empfohlenen Inzisionen des deckenden Periosts; A. wies nämlich nach, dass die Proliferation an den Schnitträndern am lebhaftesten ist. Wichtig ist dabei noch, dass in dem einen Falle die Regeneration der transplantierten Fibula erst spät auftrat, und dass sich zwischen Becken (Rand des Acetabulum) und eingeheilter Fibula ein festes und gut bewegliches Gelenk bildete. Verf. findet in diesen Fällen wiederum eine Bestätigung seiner früher aufgestellten Grundsätze, zu denen er noch folgende hinzufügt:

1) Periostgedeckte Röhrenknochenstücke sind periostgedeckten Schädeldachstücken vorzuziehen.

2) Durch anhaftende Muskulatur und selbst dünne Schichten anhaftender Muskelfasern wird fast stets das Ueberleben und die Wiederherstellung der knochenbildenden Fähigkeiten des unterliegenden Periosts unmöglich gemacht, stets jedenfalls schwer beeinträchtigt.

3) Es ist bei der Transplantation geschlossener periostgedeckter Röhrenknochen das deckende Periost mit ergiebigen Längsinzisionen zu versehen (raschere Proliferationsvorgänge an den Schnitträndern).

4) Periostgedeckte längshalbierte und wandständig mit Eröffnung der Markhöhle resezierte Knochenstücke sind den geschlossenen Röhrenknochenstücken überlegen (Ueberleben des Markgewebes nur bei rascher Verbindung dieses mit dem Mutterboden)

5) Auch beim Fehlen der prima intentio und bei Eiterung hat man es keineswegs nötig, den implantierten Knochen zu entfernen, sondern man muss die natürliche Sequestrierung abwarten, die sich



hier am lebenden Knochen abspielen kann und meist nur zur Ausstossung kleiner Bruchstücke des Ganzen führt.

Als letzten praktisch noch besonders wichtigen Punkt fand A. im Experiment die Tatsache, dass wegen des „Ueberlebens“ von Periost und Mark

6) periostgedeckter, wandständig mit Eröffnung der Markhöhle resezierter Röhrenknochen von toten Individuen der gleichen Spezies, wenn die Entnahme innerhalb der ersten 12—24 Stunden nach dem Tode erfolgt, ein vorzügliches Implantationsmaterial darstellt.

Diese Angaben, sowie auch die oben erwähnten vom Verf. aufgestellten Sätze finden in der Literatur der beiden letzten Jahre, über die Verf. eine eingehende Uebersicht gibt, mehrfache Bestätigung. Auch die histologischen Vorgänge, betreffend das Absterben des Knochengewebes, das Ueberleben des Periosts und die von diesem ausgehende lebhafte Knochenneubildung an der Aussenfläche des implantierten Stückes, die Beteiligung des Markes an der Knochenbildung, die Art des Umbaues in aufeinanderfolgendem Abbau und Anbau und die offenkundige hohe Bedeutung der überlebenden ossifikationsfähigen Organe für die Erreichung eines anatomisch und funktionell idealen Erfolges wurden von anderen Autoren im Sinne des Verf. beurteilt. Frankensteins Annahme, dass die Vitalität in dem implantierten Knochenstück nur vermindert und nicht aufgehoben sei, hält Verf. für längst widerlegt. Den Glauben Kauschs, auf Grund eines Falles von eingeheiltem toten Knochen die herrschende Lehre Barths und die Resultate der Untersuchungen des Verf. stürzen zu können, weist A. als Irrtum zurück, da die Unmöglichkeit einer funktionellen Einheilung toter Knochen von beiden genannten Autoren nie behauptet wurde, A. vielmehr stets nur die verschiedene Wertigkeit des knöchernen Implantationsmaterials betont und histologisch begründet hat.

2. Ueber den Begriff der Halisterese und über die Knochendystrophie.

Die Frage der Halisterese — dieser Begriff wurde von Kilian zur Erklärung des zunehmenden Weichwerdens des Knochens, das man nicht ohne Verlust des Kalkgehaltes sich denken konnte, geprägt — drehte sich früher im wesentlichen um die Deutung der lamellösen Säume kalklosen Knochens, die Rindfleisch zuerst mit Hilfe seiner Karminfärbung im osteomalazischen Knochen nachgewiesen hatte; er glaubte durch diese Säume den histologischen Beweis für die von Kilian und Virchow angenommenen Entkalkungs-



vorgänge gefunden zu haben, indem er annahm, dass die Säume durch Halisterese auf dem Wege der Einwirkung der Gewebssäfte von den Markräumen aus entstanden seien. Cohnheim dagegen erklärte die Säume für neugebildeten noch unverkalkten Knochen, und Pommer entschied die Frage auf Grund seiner Untersuchungen in eben diesem Sinne; er wies nach, dass jedes Knochengewebe ursprünglich kalklos angelegt wird, und nahm daher an, dass auch die breiten Säume bei der Osteomalacie und Rachitis durch eine Verzögerung der Verkalkung des angebildeten lamellösen Knochens, nicht durch Entkalkungsprozesse hervorgerufen wären. Recklinghausen dagegen sieht in den von ihm gefundenen und nach ihm benannten Gitterfiguren sichere Zeichen des Entkalkungsvorganges, wenn er zwar auch nicht bestreitet, dass ein Teil des kalklosen Knochengewebes neu gebildet ist. A. hat die Untersuchungen R.'s unter genauer Befolgung der von R. angegebenen Methoden nachgeprüft und ist dabei zu dem Resultat gekommen, dass die Gitter R.'s nur Reste einer ursprünglich totalen gitterigen Luftfüllung des gesamten osteoiden Gewebes darstellen. Mit der Widerlegung des R.'schen Beweises würde die Lehre von der Halisterese ihrer besten Stütze beraubt und hinfällig sein, eine Ansicht, zu der schon jetzt mehrere führende pathologische Autoren hinneigen. Nach der Meinung des Verf. wird das Verständnis der bei den regressiven Umwandlungen des Knochengewebes auftretenden Bilder ermöglicht durch die von Pommer aufgestellte Tatsache eines steten Umbaues auch im fertigen Knochen, eines Umbaues, der von den Havers'schen Gefässkanälen aus durch aufeinanderfolgende Resorption und Apposition vor sich geht. Störungen der Beziehungen beider Vorgänge zu einander führen einerseits zu Atrophien, andererseits zu dystrophischen Vorgängen (Rachitis, Osteomalazie, Ostitis deformans). Wenn nämlich die Apposition der Resorption nicht im normalen Abstand folgt und nicht zum vollen Ersatz der geschaffenen Defekte führt, so erhält man die Bilder der Atrophie. Bei den dystrophischen Prozessen dagegen findet sich zwar ebenfalls ein auffallendes Missverhältnis zwischen Resorption und Apposition, aber sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Beziehung, d. h. die Apposition bleibt hier teils auch weit hinter der Resorption zurück, teils schiesst sie über das Ziel hinaus, sodass es zu Knochenbildung an abnormen Stellen, wie Knochenmark und Periost, kommt. Es handelt sich hier um das Einschlagen einer fehlerhaften Richtung der Apposition, nicht nur um ein einfaches Zurückbleiben dieser. Für die Störungen in der quantitativen und qualitativen Regulierung



des Knochenumbaues sind wahrscheinlich krankhafte Veränderungen der inneren Drüsensekretion verantwortlich zu machen.

3. Ueber die durchbohrenden Gefässkanäle des Knochengewebes (Volkmannsche Kanäle).

Volkmann nahm 3 Formen der Beseitigung des vorhandenen Knochengewebes an: die lakunäre Arrosion, den halisteretischen Schwund, die Vaskularisation durch die nach ihm benannten Gefässkanäle. Verf. fand nun auf Grund eingehender Untersuchungen, dass diese Kanäle nicht einheitlicher Natur sind, dass vielmehr 2 Arten zu unterscheiden sind, von denen nur die erste eigenartig den Havers'schen Kanälen gegenüber steht, da diese Kanäle schräg oder quer zur Lamellenbildung verlaufend die Lamellensysteme rücksichtslos durchbohren; genetisch sind sie wie die H.schen Kanäle praeexistierende persistierende, keineswegs aber resorbierende sekundär gebildete Gefässkanäle; sie allein sind als echte V.sche Kanäle zu bezeichnen. Die zweite Art sind dichtgedrängte anastomosierende Gefässkanäle, wie sie im neugebildeten Knochengewebe von gemischt gebautem Typus (Kallus, tuberkulöse Ostitis) gefunden werden. Die Volkmannschen Kanäle sind in jedem normalen Knochen zu finden und stellen hier die Anastomosen zwischen den H.schen Gefässen untereinander und den H.schen Gefässen einerseits und den periostalen Gefässen und den Markgefässen andererseits dar. Im pathologischen Knochen finden sie sich in den Resten alter Compacta. Alle Gefässkanäle des normalen und des pathologischen Knochens vom Charakter der V.schen Kanäle stellen nach A. genau wie die H.schen Gefässe durch Knochenablagerung eingeschlossene praeexistierende Gefässbahnen dar. Die Existenz resorbierender, in den fertigen kompakten Knochen einwachsender Gefässe stellt Verf. in Abrede. Eine Entkalkung fertigen Knochens, Halisterese, findet bei Rachitis und Osteomalacie auch in der Umgebung der V.schen Kanäle nicht statt. Alles kalkloses Knochengewebe im kranken Knochen ist ausnahmslos noch unverkalktes, nicht entkalktes Knochengewebe. Im menschlichen Knochengewebe gibt es nur eine Art des Abbaues: die lakunäre Arrosion. Weder die Annahme eines halisteretischen Schwundes noch auch die einer Resorption durch Vaskularisation durch resorbierende (V.sche) Gefässkanäle erkennt A. noch als berechtigt an.

4. Kritisches und Experimentelles zur Genese der Arthritis deformans, insbesondere über die Bedeutung der aseptischen Knorpelnekrose.

Verf. bestreitet die Richtigkeit der Anschauungen Wollenbergs über



die Arthritis deformans. Nach W. ist die Hyperaemie die Ursache der Erkrankung, diese veranlasst die Knochenzellen des lamellösen Knochens zu direkter Proliferation; die Arterien, die zur Bewältigung der Hyperaemie ihre Wand immermehr verdicken, werden schliesslich funktionell unbrauchbar, sodass die Hyperaemie sich sozusagen ihr eigenes Grab gräbt; dadurch kommen wieder andere Bezirke in Unterernährung, und hier erfolgt in dem „so sehr metaplasierungsfähigen Knochen“ eine entgegengesetzte Metaplasie, eine Umwandlung des Knochengewebes in Knorpelgewebe, weil die „Ernährung für ein bestimmtes Quantum Knochen zwar nicht ausreicht (daher Rückbildung), für das gleiche Quantum Knorpel aber sogar überreichlich ist“ (daher Proliferation). Den von W. experimentell erbrachten Beweis für seine Ansicht über die Entstehung der Arthritis deformans hält Verf. für irrig. W. glaubte nämlich durch Umnähung der Patella an Versuchstieren eine Arthritis deformans erzeugt und nachgewiesen zu haben. Verf. hält die hier aufgetretenen Erscheinungen jedoch nicht für arthritische, sondern vielmehr für analog denjenigen bei der freien Knochentransplantation; es sei die Kniescheibe ausser Ernährung gesetzt und somit einer autoplastischen implantierten Patella gleichgemacht worden.

Diesen Anschauungen W.s gegenüber glaubt A., dass eine nähere Kenntnis der bis jetzt noch wenig bekannten Folgezustände der aseptischen Knochen- und Knorpelnekrose zur Erkenntnis der Ursache der Arthritis deformans führen kann. Die aseptische Knochennekrose ist keinesfalls mit der infizierten und zur Sequesterbildung führenden zu identifizieren. A. glaubt, dass die Knochenneubildung die Wirkung dieser Nekrose auf die umgebenden ossifikationsfähigen Gewebe ist, dass der organische Zusammenhang des lebenden Periosts mit dem von ihm nutritiv abhängigen abgestorbenen Knochen den Reiz für die starke Knochenbildung abgibt. Aus der Wirkung dieser Nekrose heraus liessen sich manche früher unverständliche Tatsachen erklären: die intensive Knochenbildung bei freier Knochentransplantation gegenüber der Haut-Periost-Knochenlappenbildung (im 1. Fall vollständige, im 2. nur teilweise Nekrose des überpflanzten Knochenstückes), die Kallusbildung an Fragmentenden, die Verdickung an des Periosts beberaubten Tibiastellen. Bei der aseptischen Knorpelnekrose konnte Verf. im Experiment den Vorgängen im Knochen analoge Verhältnisse beobachten. Experimentelle Beobachtungen und diese Erwägungen führen A. dazu, den herdförmigen Nekrosen am Knochen und Knorpel eine erhebliche Bedeutung bei der Arthritis deformans

für den ganzen Prozess zuzumessen. Aus dieser Aetiologie heraus liesse sich auch die Tatsache erklären, dass die Arthritis deformans sowohl als primäre Erkrankung als auch sekundär nach verschiedenen Gelenkerkrankungen (Gelenkbrüche, Lues etc.) auftreten kann. Herdförmige Nekrosen an Knochen und Knorpel können bei all diesen Erkrankungen auftreten, und bei der primären Erkrankung können Gefässveränderungen (Arteriosklerose, Lues etc.) die Ursache des Gewebstodes abgeben. **Stoffel**-Heidelberg.

2) **Pochhammer** (Berlin). Ueber die Entstehung parostaler Callusbildungen und die künstliche Calluserzeugung an Tieren und beim Menschen. (Arch. f. klin. Chir. 94. Bd. S. 352.)

Bei seinen Untersuchungen ging Verf. von der Frage aus, ob das Bindegewebe bei der parostalen Callusbildung und der sogenannten Myositis ossificans beteiligt sei, ob also das fibrilläre Bindegewebe im fertigen Organismus gleich den osteoplastischen Gewebebestandteilen des eigentlichen Skelettsystems die Fähigkeit besitze, Knochen- und Knorpelgewebe neu zu bilden, wie es ja im embryonalen Zustande eine unmittelbare Umbildung im Knochengewebe einzugehen imstande ist. Die Beobachtungen an zwei klinischen Fällen liessen Verf. die Fähigkeit des intermuskulären Bindegewebes zu selbständiger Knochenbildung nach Trauma zweifelhaft erscheinen; es handelt sich um 2 Fälle von Verletzung des Oberarmes durch Bayonettstoss, einmal mit, einmal ohne Knochenverletzung; der erstere Fall heilte mit Bildung eines parostalen Callustumors und zweier Muskelknochen, deren histologische Struktur durchaus übereinstimmte, der zweite lediglich mit einer Muskelschwiele. Experimente ergaben, dass „aseptische Muskelsequester" (herausgeschnittene und wieder in loco eingepflanzte Muskelstücke) des Vastus externus auch bei ausgiebigen Bewegungen während der Heilung niemals zu Knochenbildung führten, während Verpflanzung eines Muskelstückes unter das abgelöste Periost unbedeutende Knochenbildung hervorrief. Die Beobachtung des Verf. bei weiteren Tierversuchen, dass bei Herstellung einer „Periostmulde" an der Aussenseite des Oberschenkels (durch zirkuläres Ablösen und Verlagern des Periosts an die Aussenseite zwischen die Muskeln) mit Einlagerung eines Muskelstückes die parostale Callusbildung hauptsächlich in den abhängigen Teilen dieser Mulde auftrat, führten Verf. zu der Annahme, dass der Bluterguss neben dem Periost eine gewisse Rolle für diese Bildung spielen müsse. Er führte entsprechende experimentelle Untersuchungen aus, indem er



geronnenes Blut — wegen des besseren Verbleibens an der Applikationsstelle — an Stelle des Muskelsequesters setzte, und erzielte so jedesmal lebhafte Callusbildung. Ersatz des Blutcoagulums durch Gelatine, Agar, Jod ergab negative Resultate. Auf Grund dieser Experimente und ihrer histologischen Untersuchung kommt Verf. zu folgendem Resultat:

Das Knochen- und Knorpelgewebe der künstlich erzeugten parostalen Callusgeschwülste, die z. T. mit der Knochenoberfläche des Femur in Zusammenhang stehen, z. T. auch gänzlich frei im Bereiche der Muskulatur liegen, ist lediglich periostaler Herkunft. Beim Ablösen des Periosts retrahieren sich einige Muskelfasern stärker, andere weniger stark; dabei werden Teile des an ihnen anhaftenden Periosts mitgerissen und zwischen die Muskulatur verlagert, sodass es also zur Verschleppung von Osteoblasten kommt, die nun hier Knochenbildung zu verursachen imstande sind. Auch eine Verschleppung von Osteoblasten durch den Lymphstrom ist möglich. Das Bindegewebe wuchert zwar mit, aber ohne sich in Knochengewebe umzuwandeln. Durch die Anwesenheit der geronnenen Bestandteile des Blutes wird zugleich die Mächtigkeit der Callusentwicklung erheblich gefördert. Das Fibrin, Plasma- und Stromafibrin, bleibt am Orte der Verlagerung und bildet hier ein feines Filzwerk. Dieses wird nun, wie bei jeder Narbe organisiert; befinden sich dabei in seiner Umgebung neben dem Bindegewebe auch abgelöste verlagerte Periostteile, so wuchern die Osteoblasten zugleich mit den ihnen stammverwandten Bindegewebezellen, beteiligen sich an der Organisation, und es entsteht anstatt des einfachen Granulationsgewebes Callusgewebe mit Granulationsgewebe vereint. Beide Gewebe proliferieren bis zur vollständigen Organisation des Fibrins fort. Demnach ist das Mass der Callusbildung abhängig von der Masse des vorhandenen Fibrins; für die Mächtigkeit der Callusbildung sind 2 Faktoren wichtig: die Verletzung, Abreissung und Verlagerung knochenbildender Gewebe einerseits und die Bildung von Exsudatfibrin und Blutfibrin im Bereiche des verletzten Knochens andererseits. Die Ansicht Orths, dass der parostale Callus unabhängig vom Periost aus örtlichem Gewebe entstanden sei, hält Verf. hiermit für widerlegt.

Auf Grund dieser Erfahrungen wurde bei einer Pat., die 7 Wochen nach einer Unterarmfraktur eine Refraktur erlitt, die Knochennaht ausgeführt und die Nahtstelle mit Blutgerinnseln bedeckt; reichliche Callusbildung trat auf. Ein anderer Fall von Pseudarthrose zeigte aber im Gegensatz zu diesem guten Erfolg die Grenzen



der Methode: eine alte durch verschiedene operative Massnahmen schon wiederholt erfolglos behandelte Oberarmfraktur heilte auch auf diese Behandlung nicht. **Stoffel**-Heidelberg.

3) **Stieda** (Halle). Beiträge zur freien Knochenplastik. (Arch. f. klin. Chir. 94. Bd. S. 831.)

Verf. bringt 3 Fälle von freier Knochentransplantation, die in der Bramannschen Klinik operiert wurden. Es handelte sich einmal bei einem Sarkom des Humerus um Resektion eines grossen Teiles des Humerusschaftes und -kopfes, wobei nur ein kappenartiger noch mit der Gelenkkapsel zusammenhängender Teil des Kopfes zurückblieb; der Defekt wurde durch Implantation eines demselben Individuum entnommenen Tibiaspanes, der mit Periost einerseits und mit anhaftendem Knochenmark andererseits bedeckt war, ersetzt. Die Einheilung erfolgte prompt, und nach Verlauf von 10 Wochen konnte der Pat. den Arm bereits wieder zu gewöhnlichen Hantierungen gebrauchen. Im 2. Fall mussten bei einer Pseudarthrose nach Osteotomie am Unterschenkel nacheinander 3 osteoplastische Operationen vorgenommen werden; das 1. Mal wurde eine bei einer Operation gewonnene und von ihrem Knorpelüberzug befreite Exostose implantiert, die zwar zunächst einheilte, allmählich aber so vollständig resorbiert wurde, dass nach einigen Monaten wieder eine Pseudarthrose eingetreten war. Das Einnähen (Silberdraht) eines Ulnastückes, das bei Vorderarmamputation wegen Verletzung gewonnen worden war, hatte ganz denselben Erfolg. Schliesslich wurden die beiden Pseudarthrosenenden der Tibia eingestemmt in ein $^2/_3$ der Zirkumferenz umfassendes Tibiastück, das auch bei einer Amputation gewonnen und das von Periost und Mark vollständig gesäubert und ausgekocht worden war. Darnach erfolgte Heilung mit gutem funktionellen Resultat. An Röntgenbildern aus verschiedenen Jahren nach diesem Eingriff liess sich der Verlauf der Einheilung, die allmähliche Resorption des implantierten Knochens und das Herüberwachsen des benachbarten lebenden Knochens auf diesen verfolgen. Im 3. Fall wurde wegen eines Osteosarkoms die Humerusdiaphyse (in 14 cm Länge) reseziert und der Defekt durch ein ausgekochtes periostfreies Fibulastück eines andern Patienten gedeckt, wobei das untere Ende zugespitzt in die Markhöhle des Humerus eingestemmt wurde, während das obere mittels Silberdraht an dem entsprechenden Humerusende befestigt wurde. Nach anfänglicher Einheilung und Konsolidation trat schliesslich am oberen Ende des implantierten Stückes Beweglichkeit auf; deshalb wurde

ein ebenfalls vorher ausgekochtes Knochenstück in Form einer Schiene an die beiden Knochenenden der neuen Pseudarthrose angelegt; es trat keine Einheilung, vielmehr Fistel- und Sequesterbildung ein, und schliesslich wurde das Knochenstück operativ entfernt. Hier war also die Transplantation erfolglos. Im Anschluss an diese Fälle geht Verf. auf die Erfolge der verschiedenen Arten der Knochentransplantation ein und streift dabei die Arbeiten Axhausens, Barths und Kauschs. Er zieht dabei den Schluss, dass toter Knochen nur für kleinere Knochenstücke ein geeigneter Ersatz ist; bei festem Einpflanzen eines solchen Stückes zwischen die Enden lebenden Knochens, dessen Kontinuität unterbrochen ist, wird Festigkeit des Knochens erzielt wie bei Einlegen und Einheilen anderer Fremdkörper (Nagel, Elfenbeinstift etc.). Kommt an den Enden des lebenden Knochens die Knochenneubildung dem gleichzeitig auftretenden Abbau gleich oder übertrifft ihn, so tritt die völlige Einheilung ein, der Knochen bleibt fest. Bei Knochenstücken von beträchtlicher Länge dagegen findet früher die Resorption des Implantatums im periostfreien Lager statt, als genügend neuer Knochen angebaut ist; die Festigkeit des Knochens leidet, es erfolgt keine dauernde Einheilung. Wegen der eigenen Lebenstätigkeit des Periosts und wegen des Sitzens der Osteoblasten in seinem inneren Lager empfiehlt sich die Verpflanzung des Periosts unter Aufnahme einer dünnen Knochenschicht, eine Methode, die bei Schädeloperationen schon lange mit Erfolg angewandt wird. Muss das verpflanzte Periost-Knochenstück aber zudem für einen verloren gegangenen Teil eines Extremitätenknochens als Stütze dienen, so wird zweckmässig mehr Knochensubstanz in Verbindung mit dem Periost verpflanzt werden. Ein solcher lebender mit Periost und Knochenmark behafteter Knochen eignet sich vorzüglich zur Ausgleichung auch grösserer Knochendefekte, und seine Implantation ist daher nach Operationen, die die Längenausdehnung eines Extremitätenknochens erheblich beeinträchtigen, unbedingt erforderlich. **Stoffel**-Heidelberg.

4) **Biesalski** (Berlin). Neuerungen in der chirurgisch-orthopädischen Operationstechnik. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 205.)

B. beschreibt eine Vorrichtung zur exakten Beckenfixation mittels Pelotten und Schrauben. An der Beckenstütze sind für den Damm zwei seitliche Widerlager statt eines mittleren Stabes angebracht, um speziell bei Mädchen die empfindlichen Teile des Perineums vor Druck zu schützen. Ein Extensionsnagel, der aus-

einander geschraubt werden kann zur Entfernung, wird durch starre Einspannung in eine Vorrichtung so widerstandsfähig, dass ein Brechen oder Biegen nicht zu fürchten ist. Einige besonders konstruierte Lanzen erleichtern wesentlich die Eröffnung des Wirbelkanals bei der Laminektomie. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

5) **S. A. Twinch** (Newark). The relation of orthopedic surgery to pediatrics. (Archives of Pediatrics. Dez. 1910.)

Verfasser gibt eine kurze Uebersicht über die Krankheiten im Kindesalter, die ein orthopädisches Eingreifen erfordern. Er bespricht besonders die Rhachitis, Lähmungen, Gelenktuberkulose, akute und chronische Osteomyelitis. Die empfohlenen Behandlungsmethoden sind die allgemein üblichen. Nur möchten wir uns nicht damit einverstanden erklären, den angeborenen Klumpfuss erst in Behandlung zu nehmen, nachdem das Kind das erste Lebensjahr vollendet hat. **Zander**-Heidelberg.

6) **Bum** (Wien). Die Bedeutung der Unfallheilkunde für die Therapie. (Monatschr. f. Unfallheilkunde 1910, H. 10—11.)

Auf Grund seiner Erfahrungen auf dem Gebiete der Unfallheilkunde und speziell der Unfallfolgen nach unzweckmässiger Behandlung rät B. für rechtzeitige Einleitung einer funktionellen Therapie. Als Beispiele führt B. die Versteifungen nach langen immobilisierenden Gipsverbänden an, die er bei Knochenbrüchen völlig verwirft, ebenso den Pes valgus therapeuticus bei unzweckmässig behandelten Knöchelbrüchen. **Meyer**-Lübeck.

7) **Grunewald** (München). Ueber Anpassung an Funktionsausfälle nach Unfallverletzungen. (Arch. f. Orthop. etc. IX. Bd. 1. H.)

Darstellung der Mechanismen der Anpassung, um schärfer zu unterscheiden zwischen Gewöhnung an Arbeit bei heilbaren Verletzungen und der Anpassung an irreparable Zustände. Hiernach ist auch die Gewöhnungsrente von der Anpassungsrente strenger zu unterscheiden. Verf. schlägt die Einrichtung von „Anpassungsschulen" seitens der Berufsgenossenschaften vor, um Verletzten mit irreparablen Unfallfolgen, z. B. Beinamputation, einen für die veränderten Verhältnisse passenden Beruf zu lehren, um sie dadurch von den demoralisierenden Folgen der hohen Rente bei Müssiggang zu befreien. **Meyer**-Lübeck.



8) **Matsuoka** (Kioto). Multiple Enchondrome der Knochen. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27 S. 498.)

Bei dem 17jährigen Patienten entwickelten sich die Tumoren sowohl an Händen als auch an den Füssen (einer auch an einer Rippe), allmählich seit dem 5. Lebensjahr. Wie die Röntgenbilder zeigen, liegen die Neubildungen teils in der Markhöhle der Diaphyse, teils in der Kortikalis, teils direkt unter dem Periost. Die Echondrome wurden enukleirt, ihr Inhalt bestand aus hyaliner Substanz. Die mikroskopische Untersuchung ergab grosse riesenkernige Zellen, die vielfach schleimig degeneriert waren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) **Dupuy de Frenelle.** Examen et traitement d'un blessé atteint de fracture fermée. (Die Untersuchung und Behandlung unkomplizierter Frakturen.) (La méd. des accid. du travail, Bd. 8, S. 319.)

Die Untersuchung soll nicht nur auf die vorliegende Fraktur, sondern auch auf alle Komplikationen und auf den Allgemeinzustand des Verletzten gerichtet sein. Um eine Entspannung der Muskulatur und ein Nachlassen der Schmerzen herbeizuführen, empfiehlt D. neben Staubinde und Wärmeapplikation leichte Massage, speziell Effleurage. Dies Verfahren gibt zugleich die Möglichkeit sich, ohne dem Verletzten Schmerzen zu machen, von dem Zustand der Frakturstelle zu überzeugen. Eine exakte Reposition ist für den späteren Gebrauch des Gliedes von grösster Wichtigkeit. Ein operatives Vorgehen kommt in Frage, falls die Frakturenden auf andere Weise nicht zu reponieren resp. nicht in reponierter Stellung zu erhalten sind oder wenn Nerven und Gefässe in Mitleidenschaft gezogen sind.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

10) **Codivilla** (Bologna). Ueber Nagelextension. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 404.)

C. macht Steinmann gegenüber auf die Priorität in der Frage der Nagelextension Anspruch, da er von vorn herein das Prinzip des direkten Zuges am Skelett mit seiner Methode verwirklicht habe. Zur starken Dehnung der Weichteile zwecks Erreichung einer Verlängerung halte er die forzierte Extension für vorteilhafter, während er bei frischen Brüchen ebenso wie St. die permanente Extension empfehle. Die Extension am Kalkaneus sei ebenso ein Zug am Skelett wie der Nagel in den Femurkondylen und aus praktischen Gründen gewählt, da die Durchbohrung des Oberschenkels doch mancherlei Nachteile (Infektionsmöglichkeit der Fraktur) biete. Ein



durch Röntgenbilder illustrierter Fall von einer 6 Monate alten und damals mit 6 cm Verkürzung geheilten Femurfraktur zeigt die Verwendbarkeit der Calcaneusextension, indem sich die Verkürzung bis auf 1/2 cm ausgleichen liess. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

11) **Landwehr** (Köln). Apparatlose Frakturextension in Beugestellung. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 447.)

L. empfiehlt bei Frakturen der unteren Extremität das Kniegelenk in Beugestellung zu bringen. Er benutzt dazu einen querhandhohen auf einem Gleitbrett liegenden Spreusack, auf den er den Unterschenkel lagert, wobei sich auch das Hüftgelenk in Flexion stellt. Der Längszug kann alsdann ausgiebig zur Wirksamkeit gelangen. L. rühmt diesem Verfahren grosse Einfachheit und gute Erfolge nach. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

12) **Lenormant.** Une nouvelle méthode de traitement des fractures des membres: l'extension continue par enclouage de l'os. (Eine neue Behandlungsmethode der Frakturen mittels Nagelextension.) (La méd. des accid. du travail, Bd. 8, S. 329.)

L. gibt eine kurze Geschichte der Extensionsbehandlung und im besonderen der Nagelextension nach Steinmann. Als Vorteile rühmt er die exakte Wirkung des Zuges, der direkt am Knochen angreift, und die Möglichkeit, auf diese Weise eine Verlängerung zu erzielen. Als Nachteil erwähnt er die Möglichkeit der Infektion besonders bei Entfernung des Nagels, doch lässt sich diese Gefahr durch Teilung des Nagels, sodass die beiden Stücke nach beiden Seiten herausgezogen werden, ziemlich beseitigen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

13) **Möhring** (Kassel). Zur Technik der operativen Knochenvereinigung. (Monatsschr. f. Unfallheilk. etc. 1910. H. 2.)

Beschreibung eines einfachen und zweckmässigen Hebels mit Doppelhaken zur Reposition dislozierter (bes. ad axin) Knochenstücke, der gleichzeitig auch bis zur völligen Vereinigung der Knochenstücke diese sicher und fest fixiert. Bezugsquelle: Eschbaum, Bonn. **Meyer**-Lübeck.

14) **Denis G. Zesas.** Ueber Knochen- und Gelenkleiden bei Maltafieber. (Arch. f. Orthop. Bd. IX. H. 1.)

Im Verlaufe des Maltafiebers treten fast regelmässig Komplikationen von seiten der Gelenke auf, besonders im Knie-, Hüft-,



Schulter- und Ellenbogengelenk. Meistens polyartikuläres Auftreten. Die befallenen Gelenke werden rot, schmerzhaft und schwellen an. Nach 8—10 Tagen Rückbildung der Erscheinungen, doch bleibt zuweilen Versteifung zurück. Im allgemeinen günstige Prognose. Therapie: allgemeine Darreichung von Arsenik, bei Arthropathien, Fixation der befallenen Gelenke. **Meyer**-Lübeck.

15) **K. Fritsch** (Breslau). Ueber Gelenkerkrankungen bei Scharlach und Masern. (Bruns Beitr. zur klin. Chir. 72. Bd., 1. H., S. 101.)

Für die skarlatinösen Gelenkerkrankungen, die unter den verschiedenartigsten Erscheinungen auftreten, und die deswegen die verschiedensten Einteilungen erfahren haben, gibt Verf. folgende zweckmässige Einteilung:

I. Arthritis scarlatinosa serosa.

a) Leichte Entzündung der Synovialis ohne oder mit geringem, bald wieder verschwindendem serösem Erguss.

b) Entzündungen mit reichlichem, event. chronisch werdendem Erguss.

II. Arthritis scarlatinosa purulenta, auf Mischinfektion beruhend.

Die 1. Form, die leichteste, ist auch die häufigste, darnach folgt die 2. Form; die eitrige ist die seltenste. Die einzelnen Epidemien verhalten sich bezügl. der Häufigkeit der Gelenkerkrankungen verschieden. Die 2. und namentlich die 3. Form führen häufig zu Komplikationen resp. Nachkrankheiten: Schlottergelenke, Luxationen (bei der eitrigen Form = Destruktionsluxation) später narbige Schrumpfungen. Die 3 Formen unterscheiden sich ausser durch die kurz erwähnte Schwere der Erscheinungen durch die Zeit ihres Auftretens: Die erste Form früh, die zweite und dritte später, nicht vor der 4. Woche. Die Therapie ist die bei allen Gelenkerkrankungen übliche und richtet sich selbstverständlich nach der Schwere der Erkrankung. Aetiologisch ist hervorzuheben, dass nur die 1. und 2. Form durch den unbekannten Scharlacherreger allein verursacht sind, bei der eitrigen handelt es sich stets um Mischinfektion mit Streptokokken.

Arthritiden im Gefolgschaft der Masern gehören zu den Seltenheiten, immerhin treten sie unter ganz ähnlichen Erscheinungen wie die skarlatinösen und in den gleichen 3 Formen auf.

Balsch-Heidelberg.



16) **Hahn.** Traitement des ankyloses par l'électricité. (Die Behandlung von Ankylosen mittels Elektrizität.) (La méd. des accid. d. travail, Bd. 8. S. 347.)

H. empfiehlt nach Leduc sehr die elektrische Behandlung der Gelenkankylosen und zwar indem er die elektrolytische Wirkung des konstanten Stromes benutzt, wobei die in statu nascendi freiwerdenden Elemente je nachdem in der Richtung des elektrischen Stromes oder gegen denselben in den Körper hineindringen. H. benutzt als negativen Pol eine 1 bis 2 % Lösung von Chlornatrium, in die er den betreffenden Körperteil eintaucht, die andere positive Elektrode besteht aus einer breiten Metallplatte, die am oberen Ende der Extremität angelegt wird. Dauer der Sitzung bei 40 bis 60 Milliampère 30 Minuten bis zu einer Stunde. Das Jon Chlor wandert alsdann dem positiven Pol entgegen in die Gewebe ein. Nach H.'s Angaben sind die Erfolge sehr rasche und vollständige.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

17) **C. Ritter.** Moderne Bestrebungen zur Verbesserung der Amputationstechnik. (Ergebn. der Chir. u. Orth. II. Bd., S. 488.)

Die modernen Bestrebungen in der Amputationstechnik gehen darauf hinaus, den Stumpf tragfähig zu machen, was in früherer Zeit nur ausnahmsweise gelang, daher die früheren Methoden der Amputation am „Ort der Wahl". Die modernen Erfolge sind vor allem mit der osteoplastischen Amputationsmethode von Bier verknüpft, dann mit der tendinoplastischen von Wilms, der aperiostalen von Hirsch-Bunge und der gymnasto-mechanischen von Hirsch. Auch die älteren osteoplastischen Methoden von Pirogoff, Gritti, Isabeneff haben durch neuere Arbeiten zahlreiche Modifikationen erfahren. Aber nicht nur auf den Knochen beschränkten sich die Bestrebungen zur Verbesserung der Stumpfbeschwerden, auch der Versorgung der Nerven und Muskeln resp. Sehnen wurde mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Erstere ist verbunden mit der von Bardenheuer inaugurierten Methode der Neurincampsis; letztere geht darauf hinaus funktionsfähige Muskeln zu erhalten durch Befestigung der Sehnen zu erzielen.

Die neueren Verbesserungsbestrebungen gehen von genauen Studien über den normalen Heilungsvorgang von Amputationsstümpfen und über die Ursachen der Atrophie und der Konizität aus, worüber Verf. ausführlich berichtet. Eine besondere Stellung nehmen die Jugendstümpfe ein, weil bei ihnen noch das physiolog. Knochen-



wachstum in Betracht kommt. Die Häufigkeit der Konizität hängt somit vom Alter des Kindes zur Zeit der Amputation (um so häufiger, je jünger es ist) und von der Amputationshöhe (je kürzer der Stumpf) ab.

In der Therapie ist auf die Behandlung der Muskulatur der grösste Wert zu legen, da auch osteoplastisch gedeckte Stümpfe nicht vor dem Konischwerden schützen. **Balsch**-Heidelberg.

18) **Gaugele** (Zwickau). Ueber Fettembolie nach orthopädischen Operationen. (Mit anatomischen Bemerkungen von Prof. Risel.) (Zeitsch. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 279.)

G. berichtet über 3 Fälle von Fettembolie, die nach Redressement paralytischer Klumpfüsse aufgetreten war. Zwei davon verliefen letal. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen der Herzschwäche, in dem einen Falle in bewusstlosem Zustand, in dem anderen blieb das Sensorium klar. Die mikroskopische Untersuchung ergab das massenhafte Vorhandensein von Fetttröpfchen in Lunge, Nieren und Gehirn. Das Fett stammte aller Wahrscheinlichkeit nach aus den Knochen, deren Mark hochgradig verfettet war. (Alle 3 Kinder hatten nicht laufen können.) **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

19) **Fritzsche** (Basel.) Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Fettembolie mit spezieller Berücksichtigung prophylaktischer und therapeutischer Vorschläge. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 107. Bd. S. 456.)

Die Untersuchungen wurden unternommen, um die Zweckmässigkeit eines von Wilms zuerst zur Heilung der Fettembolie ausgeführten Eingriffes, nämlich der Eröffnung und Drainage des Ductus thoracicus im Halsteil, nachzuweisen, und um der Frage, ob Fettembolie nur auf dem Blutwege oder bisweilen auch auf dem Lymphwege zustande kommen könne, näherzutreten. Nach Besprechung der Literatur, die sich mit den anatomischen Verhältnissen der Lymphgefässe der Knochen und dem Transport des embolischen Fettes im Lymphgefässsystem durch die Lymphdrüsen hindurch befasst, kommt Verf. zur Aetiologie, für die Ribbert ausschliesslich die Erschütterung des ganzen Knochensystems verantwortlich macht, während im Gegensatz zu ihm Frischmuth und Bergemann nur die Zerquetschung eines Knochens bis zur Fraktur als Ursache ansprechen. Die Untersuchungen des Verf. an 25 Versuchstieren wurden so ausgeführt, dass durch Beklopfen der Tibiae an den vorderen Flächen, durch Anbohren der Markhöhle und



Markzerstörung oder durch Frakturieren von Röhrenknochen, wobei also sonstige Erschütterungen ausgeschaltet wurden, Fettembolie erzeugt wurde. 4 Stunden nach der Operation, in einzelnen Fällen später, wurden die Tiere getötet und bei allen — mit Ausnahme eines sehr jungen Tieres — wurde Fettembolie gefunden. (Mikroskopisch wurde der Nachweis meist nur in den Lungen geführt.) Durch Unterbinden der von der betreffenden Extremität abfliessenden Venen wurde bei einer Serie von Versuchen der Blutweg ausgeschaltet, und es fand sich, dass unter dieser Bedingung bei blossem Beklopfen Embolie auftrat, dass sie aber bei blutigen Verletzungen ausblieb. Ergo kam die Embolie auf dem Lymphwege zustande. Ihr Ausbleiben bei blutigen Verletzungen wird vom Verf. durch Kompression der feinen Lymphwege im Knochenmark durch Haematombildung erklärt. Dass die Embolie wirklich aus dem beklopften Körperteil stammt, bewies ein Versuch mit Unterbindung der Vena cava inf. und der praevertebralen Lymphbahnen, bei dem die Embolie ausblieb. Weitere 5 Parallelversuche mit Ausschaltung des Lymphweges durch Drainage des Ductus thoracicus ergaben folgende Resultate: bei Beklopfen der Tibiae Ausbleiben der Embolie trotz offenstehender Blutbahn; es lassen sich aber dabei im Chylus grössere Fetttropfen nachweisen; dagegen bei blutigen Verletzungen Auftreten von Fettembolie und Fehlen von Fetttropfen in der Lymphe. Verf. zieht aus seinen Experimenten den Schluss, dass rasch nach Verletzungen auftretende Fettembolien nur auf dem Blutwege zustande kommen, dagegen erst später und langsam auftretende auf dem Lymphwege, dass bei blutigen Verletzungen neben dem Blutweg wohl auch der Lymphweg zum Fetttransport benützt wird, bei reinen Erschütterungen dagegen nur der Lymphweg, und dass die auf dem letzteren Weg entstandene Embolie stets geringer ist als die andere. Prophylaktisch empfiehlt Verf. in Uebereinstimmung mit anderen Autoren bei orthopädischen Operationen starke Erschütterungen und Knochenkompressionen möglichst zu vermeiden (z. B. durch Verwendung der Säge in vielen Fällen statt des Meissels); in einzelnen Fällen von Knochenverletzung hält er die Drainage und spätere Unterbindung des Ductus thoracicus, eine Operation, deren Schwierigkeiten und eventuelle Nachteile Verf. eingehender bespricht, für zweckmässig, allerdings nur, wenn mit grosser Wahrscheinlichkeit die Entstehung der Embolie nur auf dem Lymphwege anzunehmen ist. Eine prophylaktische Venenunterbindung des verletzten Gliedes ist nach seiner Ansicht wegen der Gefahr für die Extremität und die Unsicherheit des Erfolges nicht auszuführen. Die Therapie muss



immer eine symptomatische bleiben: reichliche Kochsalzinfusionen nach Schanz und Lesser, medikamentöse Steigerung und Erhaltung der Herzkraft.

Stoffel-Heidelberg.

20) **Cronsel.** Traitement précoce des plaies pénétrantes septiques ou simplement suspectes par les injections d'éther iodo-iodoformé. (Die Behandlung infizierter Wunden mittels Jod-Jodoformäther.) (La méd. des accid. du travail, Bd. 8, S. 337.)

C. empfiehlt infizierte Höhlenwunden mit einer Lösung von 0,5 Jod und 5,0 Jodoform in 100 gr. Äther zu füllen und dann die Oeffnung mit dem Finger zu verschliessen. Der verdunstende Äther soll dann die Höhle ausdehnen und dadurch die gesamte Wandung mit den Antiseptika in Berührung bringen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

21) **v. Frisch** (Wien). Einige Bemerkungen zur Technik der Sehnennaht. (Arch. f. klin. Chir. 94. Bd. S. 928.)

F. wendet sich gegen die Ausführungen von Dreyer, der glaubt, dass allein seine Methode der Sehnennaht — doppeltes Einstechen des Fadens in die Vorderseite der Sehne, kreuzweise Führung und Einstechen auf der Rückseite, wobei die Sehne an den 4 Einstichstellen vollkommen perforiert wird, dann Annäherung der Sehnenstümpfe und Fixation dieser durch 2 einfache Nähte, danach Verknüpfung der „Haltefäden" — eine grössere Haltbarkeit bei gleichzeitiger Schonung des Gewebes garantiere, da der Faden nicht einschnüre, dabei aber auch nirgends in der Faserrichtung der Sehne verlaufe, und dass sie frühere Bewegungsaufnahme gestatte und die Fixation des Gliedes in einer die Sehne entspannenden Extremstellung unnötig mache. Demgegenüber betont F., dass in der Langeschen Methode der Sehnennaht und der von v. F. angegebenen Modifikation dieser schon seit Jahren ein Verfahren erprobt ist, das ausser den Vorzügen der Dreyerschen Naht — Haltbarkeit, Schonung des Gewebes — noch den Vorteil einfacherer Fadenführung hat. Der wesentliche Vorteil der Langeschen Naht liegt darin, dass sie einen grösseren Abschnitt der meist leicht darstellbaren Sehne verwertet und somit die Belastung auf eine ansehnliche Strecke der Sehne überträgt, während bei fast allen anderen Verfahren der ganze Zug und Druck an einer bestimmten Stelle und zwar recht nahe am Querschnitt wirkt. L. erreicht dies, indem er die Sehne, vom Querschnitt beginnend, in einer Ausdehnung von mehreren Zentimetern sowohl proximal als distal durchflicht. Das Vorgehen



ist technisch einfach, ermöglicht ein genaues Adaptieren der Stümpfe, die Naht läuft nirgends zirkulär, die Punkte der grössten Belastung liegen am weitesten von den Sehnenenden entfernt. Verf. selbst ersann eine rascher und einfacher ausführbare Modifikation und verfährt dabei so, dass er, 2 — 3 cm vom Querschnitt angefangen, mit einem doppelt armierten Faden einmal den einen, einmal den anderen Sehnenrand nach Art einer fortlaufenden Naht umsticht, wobei er von einem Ende der Sehne direkt auf das andere übergeht; dabei wird zwecks exakterer Adaptierung der Uebergang der Fäden von einem Ende zum anderen, wie bei der Langeschen Naht, in den Querschnitt gelegt. Verf. glaubt, dass sein Verfahren bei gleicher Haltbarkeit vor dem Lange'schen den Vorteil rascher Ausführung und Ausbleibens der Falterbildung in der Sehne auch bei stärkerer Spannung hat. Entgegen Dreyer, der dem Gliede nach der Operation eine Mittelstellung gibt, hält Verf. es für zweckmässiger, auch bei durchaus verlässlicher Naht die alte Methode der vollkommenen Entspannung der Sehne in der ersten Zeit nach der Operation aufrechtzuerhalten. Er geht hierbei von dem Gedanken aus, dass durch diese Position des Gliedes Verklebungen mit der Umgebung ausgeschaltet werden, die ein maximales Anspannen der Sehne später verhindern würden. Dagegen steht er auf dem Standpunkt, dass früh einsetzende Mobilisierung sehr nützlich ist, und dass eine verlässliche Naht diese ermöglicht. **Stoffel**-Heidelberg.

22) **Haglund** (Stockholm). Zwei unabweisbare Forderungen bei der Ausbildung von mechanotherapeutischen Assistenten. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 431.)

H. stellt die Forderung auf, dass die Ausbildung für die physische Erziehung der Jugend und für die Behandlung von Krankheitsfällen durchaus zu trennen sei. Das erstere sei Sache der Schule und der Lehrer, die zweite Art der Ausbildung gehe den Arzt an. Man solle sich tüchtige verständnisvolle Hülfskräfte heranziehen, die imstande sind, nach den Angaben des Arztes die Uebungen auszuführen, solle sich aber hüten, sie zur selbständigen Diagnostik und Behandlung von Krankheiten anzuleiten, da durch dies immerhin nur halbe Wissen nur Kurfuscher grossgezogen würden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

23) **Lange** (Kopenhagen). Zur Behandlung des Schiefhalses. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 440.)

L. empfiehlt nach offener Tenotomie des Sternocleidomastoideus



den Kopf mittels des Zopfes in überkorrigierter Stellung zu fixieren. Bei Knaben soll man zu dem Zwecke das Haar genügend lang wachsen lassen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

24) **Engelhard** (München). Die Haltung, Form und Beweglichkeit der Wirbelsäule in der sagittalen Ebene. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 1.)

E. hat mit besonderen Messinstrumenten die einzelnen Krümmungen der normalen Wirbelsäule in sagittaler Richtung sowie ihre Beweglichkeit in gleichem Sinne bestimmt. Die Rückenneigung, bezeichnet durch den Winkel zwischen der Horizontalen und der Verbindungslinie der Spin. sup. ant. und spina sup. post., schwankt normaler Weise zwischen 29 und 35°. Die Höhe der Krümmung an Lenden- und Brustwirbelsäule sind alle auf eine Bogensehne von 100 cm umgerechnet. Es ergibt sich danach, dass bei ruhiger Stellung die Einsenkung der Lendenwirbelsäule normaler Weise zwischen 2,0 und 5,5 beträgt, die bei Rückwärtsbeugung auf 4,5 bis 6,5 steigt, während bei Vorwärtsbeugung aus der Lordose eine Kyphose wird, deren Bogenhöhe 5,0 bis 8,0 betragen kann. Bei der Brustwirbelsäule betragen die Werte bei Mittelstellung 7 bis 11 cm, bei Vorwärtsbeugung 14 bis 18 cm, bei Rückwärtsbeugung 2 bis 7 cm. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

25) **Lovett-Reynolds** (Boston). Der Schwerpunkt des Körpers. Seine Lage in Bezug auf gewisse Knochenpunkte und seine Beziehungen zum Rückenschmerz. (Zeitschr. für orth. Chir. Bd. 26. H. 4. S. 579.)

Die beiden Verf. haben einen Apparat konstruiert, der gestattet, den Schwerpunkt am lebenden aufrechtstehenden Menschen zu bestimmen. Die Schwerlinie fällt unter normalen Verhältnissen vor die Fuss- und Kniegelenke und vor die meisten Wirbel. Die Aufrechterhaltung kann deshalb nur durch Kontraktion der Rücken- und Gesässmuskulatur erreicht werden. Durch Uebermüdung der Muskeln können Rückenschmerzen entstehen. Ein gutes Korsett kann dadurch, dass es den Schwerpunkt weiter nach hinten verlegt, der ermüdeten Muskulatur einen Teil der Arbeit abnehmen. Bei schlechten Korsetts erfolgt zwar auch eine Zurücklagerung des Schwerpunktes, doch bleibt die Erleichterung aus, da das Becken viel weiter nach hinten rückt als die Schultern, sodass zur Aufrechthaltung eventuell sogar mehr Muskelkraft verbraucht wird. Auch bei hohen Absätzen wird die Rückenmuskulatur entlastet, weil der

Körper sich im ganzen nach hinten neigt. In manchen Fällen ist die Ursache der Rückenschmerzen bei Frauen in den Genitalien zu suchen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

26) **Chlumsky** (Krakau). Was alles für die Ursache der Skoliose gehalten wurde. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 419.)

Ch. stellt die verschiedenen seit den ältesten Zeiten vorgebrachten Hypothesen über die Entstehung der Skoliose zusammen. Nach den heutigen Ansichten sind als Ursache der Skoliose zu betrachten: 1. Angeborene Anomalien der Wirbel. 2. Knochenerkrankungen. 3. Gewohnheitshaltung und Beschäftigung. 4. Statische Momente. 5. Lähmungszustände. 6. Entzündliche Vorgänge in der Umgebung der Wirbelsäule und 7. Hysterie. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

27) **Scharff** (Flensburg). Ueber die orthopädischen Turnkurse zur Behandlung der an Rückgratsverkrümmung leidenden Kinder der Flensburger Volksschulen. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 26, H. 4, S. 551.)

Sch. berichtet über die orthopädischen Turnkurse an den Flensburger Volksschulen. Es wurden leichtere Fälle 2 mal wöchentlich mit aktiver Gymnastik, schwerere Fälle täglich und ausserdem noch mit Massage und passivem Redressement in Apparaten behandelt. Von im ganzen 35 Kindern wurden 18 erheblich gebessert, 15 weniger und 2 blieben ungebessert. Bei 12 Kindern fanden sich deutliche rachitische Symptome. Sch. verlangt, dass für die Behandlung mit aktiver Gymnastik nur leichtere Fälle von rundem Rücken und blosser Schiefhaltung in Betracht kommen sollen, für das erweiterte tägliche Turnen mit passivem Redressement sollen auch nur schwerere Fälle von rundem Rücken und beginnenden Skoliosen genommen werden. Ferner sollen die Kinder möglichst frühzeitig in Behandlung kommen. Unter solchen Kautelen können derartige Turnkurse Nutzen stiften, vorausgesetzt, dass ein orthopädisch geschulter Arzt die Auswahl trifft und weiterhin Kontrolle ausübt, und die Turnlehrerinnen in orthopädischer Gymnastik gründlich ausgebildet sind. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

28) **Hans Legal** (Breslau). Das orthopädische Turnen mit besonderer Berücksichtigung der Wirbelsäulenverkrümmung. (Deutsche Turn-Zeitung, 1911, No. 7. u. 8.)

Die Wiedergabe eines auf der 21. Hauptversammlung des schlesischen Turnlehrervereins in Breslau gehaltenen allgemeinverständ-



lichen Vortrages. Die Gesamtzahl der Rückenschwächlinge, d. h. sämtlicher Abweichungen von der Norm, von den leichtesten Schiefhaltungen bis zu den schwersten Verkrümmungen, gibt L. auf 52 % sämtlicher Schulknaben und 59 % sämtlicher Schulmädchen an. Von diesen will er die Fälle von Schiefhaltung und allenfalls auch die leichtesten Fälle von Skoliose zu dem orthopädischen Schulturnen zulassen, bei regelmässiger Kontrolle durch einen Orthopäden.

Rothfeld-Chemnitz.

29) **Hübscher** (Basel). Apparate zur Skoliosenbehandlung aus Gasrohr. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 459.)

H. beschreibt die von ihm gebrauchten einfachen, aber praktischen Apparate, die sich in ihrer Konstruktion im allgemeinen an sonst gebräuchliche Vorrichtungen anlehnen, aber ausschliesslich aus Gasrohr und gleichartigen Verbindungsstücken bestehen. Einzelheiten müssen im Original an Hand der Abbildungen nachgelesen werden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

30) **Beeli** (Berlin). Das Beelysche Kyrtometer. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 27, S. 17.)

B. beschreibt den von Beely angegebenen Messapparat für Rückgratverbiegungen, der mittels einer Reihe verschiebbarer in Führung laufender Stäbe eine genaue Konturaufnahme des Rückens in verschiedener Höhe und ihre Uebertragung auf Papier gestattet. Um vergleichbare Resultate zu erhalten, wird die Messung stets im Liegen vorgenommen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

31) **Chlumsky** (Krakau). Betrachtungen über die Differentialdiagnose zwischen Skoliose und Spondylitis. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 87.)

Ch. führt einige Beispiele an für die Schwierigkeit, die unter Umständen die Differentialdiagnose zwischen Skoliose und Spondylitis bieten kann. Das Hauptcharakteristikum bilden die Schmerzen, während die Form der Kyphose bei beiden Affektionen die gleiche sein kann. Steifigkeit der Wirbelsäule geht vielfach der Schmerzhaftigkeit parallel, kommt aber ohne entzündliche Erscheinungen vor. Unter Umständen kann das Röntgenbild die Diagnose klären, während die Tuberkulinproben wegen eventueller anderer Lokalisation unsicher sind. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

32) **Hildebrandt** (Berlin). Beiträge zur Rückenmarkschirurgie. (Arch. f. klin. Chir. 94. Bd. S. 203.)

Verf. plädiert für ein aktiveres Vorgehen in der Rückenmarks-



chirurgie. Er ist bei Verletzungen der Wirbelsäule mit Schädigung des Rückenmarkes für die Frühoperation, um die auf das Mark einwirkenden und die Erscheinungen allmählich steigernden Schädigungen zu beseitigen; er empfiehlt dabei möglichst vorsichtiges Arbeiten zur Vermeidung einer Vergrösserung des Blutergusses. Am gefährlichsten ist der Eingriff bei Halswirbelverletzungen wegen des durch ihn bedingten Verlustes an Halt und Festigkeit in diesem Abschnitt; gleichwohl rät Verf. wegen der sowieso infausten Prognose zur Operation. Er operierte 4 Halswirbelverletzungen; davon starben die drei einen Tag nach dem Unfall operierten Patienten bald nach dem Eingriff oder im Anschluss an ihn, einer wurde gebessert, starb aber nach 4 Monaten. Bei Brustwirbelverletzungen waren die Resultate günstiger; von 5 Patienten (4 scheinbar totale Querlaesionen, 1 partielle) wurden 3 kaum gebessert; sie starben etwa nach 1 Jahr. Bei einem (scheinbar totale Querlaesion) schwand Blasen- und Mastdarmlähmung vollständig, während die Motilität der Beine nur wenig gebessert wurde. Patient blieb bis jetzt bei Wohlbefinden am Leben. 1 Patient starb 3½ Monate post operationem an der Blasenlähmung. Für spondylitische Lähmungen hält H. es für ratsam, bei Ausbleiben der Besserung nach kurzer orthopädischer Behandlung alsbald zu operieren; Verf. fand nämlich bei 10 Fällen der Erkrankung 5mal ausgedehnte Granulationsmassen im Wirbelkanal, während er Stauungserscheinungen, die gewöhnlich als Ursache der Rückenmarkserscheinungen angesehen werden, nur in 3 Fällen konstatierte, und er zog hieraus den Schluss, dass diese wie Tumoren wirkenden Gebilde möglichst früh operativ zu entfernen seien, dass, da die Diagnose: Granulationen oder Stauung nicht immer sicher zu stellen sei, früh operiert werden müsse. Für Rückenmarkstumoren rät Verf. erst nach exakter Diagnosenstellung durch den Neurologen zu operieren; unter den von ihm operierten Fällen wurde 15 mal die exakte Diagnose, auch die Segmentdiagnose, vom Neurologen gestellt. Die Ergebnisse der Operationen waren hier als sehr günstig zu bezeichnen. 10 Pat. leben noch in geheiltem Zustande (mehrere Endotheliome und 1 Sarkom), 5 davon sind vollkommen geheilt und leistungsfähig; 2 Pat. unter den 14 operablen Fällen starben an den Folgen der Operation (eine alte decrepide Pat. an Collaps, 1 Pat. an Meningitis). Die Festigkeit der Wirbelsäule war bei den geheilten Pat. ausgezeichnet, gleichgültig welchen Abschnitt die Operation betraf und wieviel Bögen entfernt wurden. Unter diesen Fällen war einer von sicherer Meningitis serosa (schwere Sensibilitäts- und Motilitätsstörung in allen 4 Extremitäten bei einer 71jährigen Frau); hier



fand sich im Bereich der unteren Halswirbel eine circumscripte, sackartige klare Flüssigkeitsansammlung in der Arachnoides ohne weitere nachweisbare Abnormitäten; vollständige Heilung seit 1½ Jahren. Intradurale Wurzeldurchschneidungen führte H. 7 mal bei 6 Kranken aus: 1 mal wegen Schmerzen auf luetischer Basis, 1 mal wegen Schmerzen bei inoperablem Carcinomrecidiv, beide im Bereiche der sensiblen Wurzeln der oberen Extremität, 2 mal im Bereiche der Lendenwirbelsäule, wegen Neuralgieen im ersten, wegen spastischer Kontrakturen infolge multipler Sklerose im andern Fall. 2 mal wurden bei Kindern wegen Littlescher Krankheit die hintere 1. respektive 2. Sacralwurzel und die 5. 3. 2. Lendenwurzel beiderseits durchschnitten; von diesen beiden waren im 1. Falle gute Erfolge zu verzeichnen, im zweiten liegt noch kein Endresultat vor. Von den 4 anderen Patienten starb einer durch die 2. Operation, wahrscheinlich an zu starkem Abfluss der Cerebrospinalflüssigkeit, bei den anderen kam es zwar zu glatten Heilungen, aber nicht immer zu dem gewünschten Erfolg. Bei der Ausführung der Operation opferte Verf. meist die Processus spinosi; in einigen Fällen wurden sie durch Bildung eines Knochen-Weichteillappens vermittels eines Längsschnittes dicht neben den Processus spinosi und je eines oben und unten darauf gesetzten Querschnittes erhalten und nach Beendigung der Operation wiederaufgelegt; die Heilung war glatt ohne Difformität; die Festigkeit der Wirbelsäule war nicht besser als diejenige bei Opferung der Processus, wohl aber der Schutz für das Rückenmark. Zwecks richtiger Abzählung der Wirbel, die nicht immer ganz leicht ist, empfiehlt H. ein Stückchen Heftpflaster mit einem Metallplättchen auf den für die Vertebra prominens gehaltenen Wirbel zu kleben, eine Röntgenaufnahme zu machen und so die Lage des Heftpflasters zum 7. Halswirbel festzustellen.

Stoffel-Heidelberg.

33) **Bibergeil** (Berlin). Der erworbene Schulterhochstand. (Zeischr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 216.)

B. beschreibt einen Fall von erworbenem Schulterblatthochstand auf hysterischer Basis. Es bestand eine isolierte Kontraktur der oberen Partien des Cucullaris. Für die hysterische Ätiologie sprachen anderweitige neuropathische Symptome, sowie die Tatsache, dass bei intendierten Bewegungen der Hochstand wesentlich abnahm und dass auch durch suggestive Massnahmen (Elektrizität) die Kontraktur vorübergehend zum Verschwinden gebracht werden konnte.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



34) **Peltesohn** (Berlin). Ueber die die Geburtslähmung komplizierenden Verletzungen im Bereich des Schultergelenks. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 391.)

P. weist darauf hin, dass die typische Geburtslähmung häufig mit Verletzungen des Knochensystems einhergeht. In den 3 Fällen, die er speziell beschreibt, lag neben der Lähmung eine Epiphysenlösung des oberen Humerusendes vor. Durch dislozierte Heilung des Kopfes kann es zu einer habituellen Innenrotation des Armes (vielleicht auch infolge der Lähmung) kommen, wodurch dann eine Subluxation des Humeruskopfes eintreten kann. P. glaubt annehmen zu dürfen, dass viele sog. angeborene Luxationen des Schultergelenks, die anatomisch dem oben beschriebenen Bilde völlig gleichen, tatsächlich nichts anderes als Epiphysenlösungen mit sekundärer Luxation sind.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

35) **Ferd. Bähr** (Hannover). Verletzungen des Schultergelenks. (Monatsschr. für Unfallheilk. 1910. Nr. 10/11.)

Da bei Verletzungen des Schultergelenks im Gegensatz zu anderen Gelenken der erste Verband gewöhnlich in der Adduktionsstellung, die der Kontrakturstellung des Gelenks nahekommt, angelegt war, liegt in der ersten Therapie schon der Weg zur Beschränkung der Beweglichkeit. Da bei den typischen Verletzungen auch meistens eine schwere Kontusion der Weichteile verbunden sein wird, so wird die Behandlung hierdurch ebenfalls schwieriger und länger sein. Es kommt die erschwerte Resorption in der Schultergelenksgegend nach B.'s Ansicht hinzu. Für die Prognose wichtig ist das Drehungsvermögen bei gebeugtem Ellenbogen, da hierbei der Patient keinen wesentlichen Widerstand leisten kann.

Fälle mit starker Schlaffheit der Gelenkkapsel sind besonders langwierig, Beteiligung der Nerven nicht häufig. Frakturen des corpus scapulae können leicht übersehen werden, ebenso achte man auf Rippenfrakturen unter der Skapula. Das Röntgenbild lässt bei der Unmöglichkeit frontaler Aufnahmen nicht selten im Stich.

Die Kontraktur kommt am häufigsten als Unfallfolge vor, Tuberkulose äusserst selten, ebenso Arthritis deformans.

Meyer-Lübeck.

36) **Grune** (Cöln). Ein Beitrag zur Kasuistik der posttraumatischen Verknöcherung des Ligamentum trapezoideum und coronoideum. (Arch. f. klin. Chir. 94. Bd. S. 476.)

Verf. veröffentlicht hier 2 Fälle von Verknöcherung des Ligamentum coraco-brachiale. Der eine entstand rasch innerhalb vier



Wochen während der Nachbehandlung einer unvollständigen Luxation des akromialen Endes der Clavicula; klinisch zeigten sich Schmerzen und Verlangsamung der Bewegung bei ausgiebigeren Bewegungen des Armes (Führen der Hand zur anderen Schulter oder auf den Scheitel, Heben des Armes über die Horizontale). Die Röntgenbilder zeigen genau die Gestalt des Ligamentum trapezoideum und coronoideum. Im zweiten Falle entstand die Verknöcherung langsam nach Schlag auf die Schulter von oben her. Verf. teilt die Meinung Bardenheuers, dass bei der Verletzung die Muskeln und Ligamente Periost abreissen, wodurch eine Verknöcherung in den Muskeln, Ligamenten resp. in der Kapsel von den in denselben zerstreuten Perioststückchen herbeigeführt wird, während die klinische Erfahrung niemals die Annahme der Entstehung der Verknöcherung aus dem Bindegewebe des Muskels bestätigte. Dass parostale Callusbildung bei der Frakturenbehandlung mittels Extension gegenüber der Gipsverbandbehandlung seltener beobachtet wird, erklärt Verf. damit, dass durch die Streckung der Muskeln und durch die Dehnung der die Muskeln umschliessenden Fasciengehäuse bei der Extension die Perioststücke wieder in ihre richtige Lage, nämlich auf die Knochenfragmente gebracht werden, wodurch eine Wucherung an entfernt gelegenen Stellen unmöglich gemacht wird. **Stoffel**-Heidelberg.

37) **Liniger** (Düsseldorf). Zur Frage des typischen Bicepsrisses. (Monatssch. f. Unfallheilkunde 1910 Nr. 10—11.)

Die als Ruptur des biceps brachii beschriebene Dislokation des äusseren Bicepsbauches kommt in den weitaus meisten Fällen spontan zu stande. Sie ist dann als Folge einer Arthritis deformans der Schulter mit Auffaserung der Sehne anzusehen und kommt bei alten Leuten bei der gewöhnlichen Arbeit vor, ohne dass dadurch erhebliche Beschwerden auftreten. Sie sind keine Betriebsunfälle und deshalb im allgemeinen nicht entschädigungspflichtig.

Dagegen sind die Bicepsrisse bei jungen Leuten als Unfallfolge aufzufassen, da sie dann bei plötzlicher Ueberanstrengung und Ueberdehnung des Muskels aufgetreten sind, z. B. bei Tafelglasbläsern eine typische Verletzung. Sie weisen alle Symptome eines frischen Trauma auf, die man bei der ersten Gruppe meistens vermisst.

Therapeutisch ist von operativen Eingriffen abzuraten und sind die Verletzten möglichst frühzeitig wieder zur Arbeit zu schicken, da die Erfahrung gezeigt hat, dass funktionell auch ohne besondere Massnahmen ein gutes Resultat erzielt wird. 8 Tage Schonung von der Arbeit und Massage, nachdem der Arm die ersten Tage in der Mitella getragen wurde, ist zu empfehlen. **Meyer**-Lübeck.



38) **Wierzejéwski** (Berlin). Ueber den kongenitalen Ulnadefekt. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 101.)

W. unterscheidet mit Kümmel 1. Ulnadefekte, bei denen der Radius normal ist bei gleichzeitigem Fehlen ulnarer Finger, 2. solche, bei denen der Radius unter mehr oder weniger stumpfem Winkel mit dem Humerus ankylosiert ist, 3. solche, die mit einer Luxation des Radiumköpfchens einhergehen. Verf. führt alles in allem 23 Fälle an, darunter einen selbstbeobachteten von Typus 2. Fast in 1/3 der Beobachtungen war der Defekt doppelseitig. Die unteren Extremitäten waren meist normal. W. glaubt, dass diese Defektbildungen als Entwickelungsstörungen aufzufassen seien und nicht als durch intrauterinen Druck bedingt. Als Gegengrund gegen letztere Ansicht führt er die Tatsache an, dass die peripheren Teile, die doch dem Druck am meisten ausgesetzt sein müssten, völlig normal sein können. Ferner dass ein intrauteriner Druck, der in sehr früher Periode stattgehabt haben müsste, wohl nicht allein die sehr kleine Extremitätenknospe, sondern auch den ganzen Fötus geschädigt haben würde. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

39) **Wierzejewski** (Berlin). Nachtrag zur Arbeit „Ueber den kongenitalen Ulnadefekt. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 504.)

W. bringt als Nachtrag zu seiner Arbeit noch einige Fälle von Ulnadefekt aus der französischen Literatur.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

40) **E. Ebstein** (Leipzig.) Ueber angeborene, familiär auftretende Missbildungen an den Händen. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 22. Bd. S. 4. p. 606.)

Zunächst teilt Verf. 2 Fälle von kongenitaler Verwachsung von Metacarpus IV. u. V. bei 2 Brüdern mit, wodurch der 5. Finger weit abgespreizt von dem 4. stand, und nach Annäherung sofort zurückschnellte. Die Missbildung wäre als „Symmetacarpie“ zu bezeichnen. Ueber ihre Entstehung wird nichts Näheres angegeben. Weiterhin hat Verf. Gelegenheit eine Familie zu beobachten, bei der in der weiblichen Linie sich in exquisiter Weise der sogenannte „krumme Finger“ d. i. eine angeborene Krümmung des kleinen Fingers im mittleren Interphalangealgelenk findet. Diese Krümmung ist durch eine Verkürzung der Weichteile bedingt, die Verf. mit der Flughautbildung, wie sie bei anderen Gelenken als angeborene Deformität vorkommt, identifiziert. **Balsch**-Heidelberg.



41) **Sudeck** (Hamburg). Ein operativ geheilter Fall von traumatischer reflektorischer Trophoneurose der Hand. (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1910. H. 10/11.)

Im Anschluss an eine leichte Verletzung der Hand bildete sich eine Erkrankung der Hand aus, bestehend in Schwellung, Rötung, trophischen Störungen, lebhaften Schmerzen und Bewegungsbehinderung. Es lag Verdacht auf Gelenkrheumatismus und Tuberkulose vor. Bei der Operation fand sich eine kleine Kallusbildung am os hamatum, die nach S.'s Ansicht als fortdauernder Reiz auf einen sensorischen Nervenast gewirkt hat. Dadurch entstanden die trophischen Störungen. Die Erkrankung bestand 4 Jahre. Nach Abmeisselung des Kallus sofortige Besserung. **Meyer**-Lübeck.

42) **M. Kirschner.** Ein neues Operationsverfahren zur schonenden Eröffnung des Kniegelenkes. (Bruns Btrge. zur klin. Chir. Bd. 71, S. 703.)

Wegen der schädigenden Wirkung, die alle bisher bekannten Arten der Eröffnung des Kniegelenkes auf den Streckapparat des Gelenkes haben mussten durch ihre temporäre Durchtrennung, hat Verf. ein neues Operationsverfahren ausgedacht, das von der bekannten Art der trapezförmigen Verzahnung von 2 Balken, die miteinander verbunden werden sollen, ausgeht.

Das Operationsverfahren beginnt mit dem Kocher'schen Schnitt, genügt dieser nicht an Uebersichtlichkeit, so wird der Hautschnitt im unteren Winkel erweitert quer über den Unterschenkel und der Hautlappen zurückpräpariert. Neben dem Ansatz des Lig. patell. propr. wird eingegangen, man kommt hier in die Bursa subpatellaris profunda, durch die man die doppelschneidige Säge durchführt. Nun wird, wie es die Abbild. wiedergibt, ein trapezförmiger Keil aus der Tibia ausgesägt, die schrägen Seiten 1,5 cm, die horizontale 3—4 cm lang. Der Keil kann dann seitlich herausgeschoben werden, und die Quadricepssehne ist frei; kann zurückgeklappt werden und jetzt das Gelenk breit eröffnet werden. Wichtig ist das ganz exakte Aussägen der Kanten, damit nach dem Wiedereinschieben des Keiles der Halt ein fester ist. Dies ist nur mit doppelschneidiger Säge möglich. Bei noch wachsenden Individuen ist die Operationsmethode wegen Schädigung der Epiphysenlinie zu vermeiden. **Balsch**-Heidelberg.

43) **Broad:** Exercise treatment of knee injuries. (Lancet, 14. Jan. 1911.)

Empfehlung frühzeitiger Massagebehandlung nach Knieverletzungen, selbst bei noch bestehender beträchtlicher Synovitis. **Mosenthal**-Berlin.



44) **A. E. Johnson.** Transverse fracture of the patella, without separation of the fragments. Lancet, 21. Jan. 1911.

Nach einleitenden historischen Bemerkungen beginnend mit den klassischen Versuchen Gullivers, der (1837) fand, dass knöcherne Vereinigung der gebrochenen Patella nur stattfand, wenn die Aponeurose nicht mit zerrissen war, kommt Verf. auf die Wichtigkeit der Röntgendiagnose zu sprechen. Wenn jeder Unfall radiographiert würde, wie dies am Middlesec Hospital geschieht, würden viele Fälle von inkompletter Patellarfraktur frühzeitig erkannt werden, und würden nicht zur viel schwereren kompletten Fraktur mit Zerreissung der Aponeurose führen, die eine viel ungünstigere Heilungsprognose hat und viel öfter nur zur fibrösen Vereinigung der Fragmente führt. Die Fälle, bei denen eine primäre Fraktur der Patella durch Unfall entstanden war, und bei denen die Diagnose erst gestellt wurde, nachdem es durch einen zweiten Unfall erst zur kompletten Fraktur mit Separierung der Fragmente gekommen ist, sind viel häufiger als angenommen. Auch die Fälle von Infraktion ohne Durchtrennung des Knorpels sind ohne Skiagramm kaum zu diagnostizieren. Die durchschnittliche Behandlungsdauer, die in Bettruhe mit Massage und täglichen Uebungen bestand, war 3 Monate. Bedingung exakteste Adaptierung der Fragmente. Die Gefahr der Refraktur ist gerade an der Patella sehr gross, auch kommt dazu die Atrophie der Sehnen, die sekundär zerreissen können. Die nicht genähten Fälle neigen häufiger dazu, da selbst bei exakter Adaptierung oft nur fibröse Verbindung zu Stande kommt. Bei allen Fällen muss die erste Woche mit oder ohne Apparat eine starke Beugung vermieden werden. J. warnt nochmals die Fälle vor 3 Monaten als geheilt zu entlassen. **Mosenthal**-Berlin.

45) **Frnst Fischer** (Budapest). Apparat zur konservativen ambulanten Behandlung der Patella-, Olekranon- und Kalkaneusfrakturen. (Wien. klin. Woch. 1910, Nr. 40.)

Um die Naht nach Möglichkeit zu umgehen, verwendet Verfasser die Bardenheuer'sche Extension in modifizierter Weise. Eine starke Stahlfeder trägt an ihrem ungleich breiten Ende Krallen. Am verletzten Gliede z. B. bei Patellarfraktur wird am Oberschenkel ein Heftpflasterverband so angelegt, dass 6 Heftpflasterstreifen an ihrem einen Ende ungefähr 15—20 cm lang übereinander gelegt werden und deren übrige strahlenförmig divergierende Teile so an den Quadriceps fem. angelegt werden, dass sie ihn vollkommen herabzuziehen imstande sind. Desgleichen wird der Unterschenkel



von ebensolchen Streifen, die an einem Ende übereinander gelegt sind, umfasst und das Lig. pat. prop. gegen den Oberschenkel zu gezogen. In die Krallen der stark zusammengedrückten Feder, die parallel zur Beinachse gestellt wird, werden die zusammengeklebten Enden des Pflasters so eingehängt, dass die schmäleren vom Unterschenkel kommenden Streifen durch einen Schlitz der oberen Streifen eingefasst und in die Höhe der Patella gezogen werden und am proximalen Ende der Spannfeder, die oberen am distalen Ende derselben zu liegen kommen. Die sich gerade streckende Feder zieht durch den gekreuzten Zug die Frakturstücke zueinander. Die Federspannung kann durch weiter unterlegte Federn erhöht werden. Der Vorzug dieser Methode besteht darin, dass immer ein gleicher dosierter Zug wirkt, dass der Verband die Patella nicht drückt, und dass passive wie aktive Bewegung bald ermöglicht werden, ohne dass eine Verschiebung der Enden eintritt. Aehnlich wirkt der Apparat bei Abrissfrakturen des Olekranon oder Kalkaneus. **Spitzy**-Graz.

46) **Evans:** Subluxation of the knee. (Lancet, 28. Januar 1911.)

Beschreibung zweier Fälle von Subluxation des Kniegelenks bei Meniskusverletzung. Anatomische Bemerkungen, Beschreibung von Schienen-Hülsen zur unblutigen Behandlung.

Mosenthal-Berlin.

47) **Haglund** (Stockholm). Zur Frage der Schlatterschen Krankheit. (Zeischr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 475.)

H.s Untersuchungen beruhen auf einer Reihe von ca. 20 Fällen dieser Erkrankung. H. beobachtete sie meist bei Knaben und zwar im Alter von 13 bis 19 Jahren. Beide Seiten waren in gleicher Häufigkeit befallen, in ca. 1/3 der Fälle war die Affektion doppelseitig. Von 1/3 der Patienten wurde ein Trauma angegeben, bei der Mehrzahl der übrigen hält H. nach dem Verlauf der Erkrankung ein solches immerhin für wahrscheinlich. Auch aus den Röntgenbildern will H. eine Fraktur des Knochenkerns erkennen. In einem anderen früher von H. beobachteten Falle stellte die histologische Untersuchung eines Operationspräparates eine Fraktur des Knochenkerns fest. H. glaubt deshalb, dass der von anderer Seite angenommenen Wachstumsstörung jedenfalls in vielen Fällen ein Trauma zu Grunde liegt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

48) **Matsuoka** (Kioto). Ueber die Wachstumsanomalie der Tuberositas tibiae in der Adolescenz. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27 S. 493.)

Die beiden von M. beschriebenen Fälle gelangten wegen heftiger



Schmerzen zur Operation. Es wurde beide Male ein Trauma in Abrede gestellt. Die Operation ergab Periostverdickung und abnormes Knochenknorpelgewebe. M. glaubt deshalb eine Wachstumsstörung, aber kein Trauma annehmen zu müssen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

49) **Gümbel** (Zwickau). Isolierter Bruch des Condylus internus tibiae. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 107. Bd., S. 617.)

Verf. bespricht einen schweren Abrissbruch des inneren Condylus der Tibia mitsamt der Eminentia intercondyloidea; der Bruch kam dadurch zustande, dass der Patient mit dem Fuss in eine Transmission geriet und herumgeschleudert wurde, wodurch er sich den schweren Bruch, eine Zerreissung der äusseren Gelenkbänder und und einen Wadenbeinbruch zuzog. Nach Ansicht des Verfassers kam der Bruch des Condylus und der Fibula durch Abknickung des Unterschenkels nach lateral zustande, die Verletzung des Bandapparates durch die Torsion. Der Bruch war von anderer Seite zunächst mit Schienen und Gipsverbänden behandelt worden. Da keine Heilung eintrat, waren dann die Bruchstücke des Condylus reponiert und mit Silberdrahtnähten fixiert worden. Mangelhaftes Heilungsresultat; infolge nicht exakter Reposition steht die laterale Gelenkfläche der Tibia spitzwinkelig zu der entsprechenden des Femur. Der Verletzte vermag sich auf das kranke Bein nicht zu stützen; er geht nur mit Hilfe eines Schienenhülsenapparates. Das kranke Kniegelenk ist ein Schlottergelenk. Verf. führt das schlechte Resultat auf die ungenügende Reposition und die schwere Bandapparatsverletzung zurück, wobei er aber berücksichtigt, dass Kompressionsbrüche des Condylus überhaupt bessere Resultate ergeben als Brüche aus anderer Ursache. **Stoffel**-Heidelberg.

50) **F. Jacoulet** (Paris). Les fractures de la tubérosité antérieure du tibia. (Le progrès médical. 1. Oct. 1910.)

Allgemeine Uebersicht über die Pathologie der Frakturen der Tuberositas tibiae mit ausführlicher Literaturangabe.

Der Knochenkern der Tuberositas ist dreieckig-prismatisch und erscheint, im Winkel zwischen Epi- und Diaphyse liegend, durchschnittlich im 12. Jahr. Die Fraktur kommt am häufigsten im 15. bis 16. Jahre vor. Totale Frakturen entstehen meist durch forcierte Kniebeugung beim Fallen oder durch heftige Quadrizepskontraktion, wie eine solche beim Fallen nach rückwärts oder beim Anlaufnehmen zum Sprunge eintritt. Partielle Frakturen entstehen meist beim Fussballspielen.



Der Einfluss des Alters ist unleugbar: vom 20. bis 40. Jahr meist Fraktur der Patella, vom 40. bis 60. Abreissung des Lg. patellae und vom 12. bis 20. Fraktur der Tuberositas tibiae.

Das Fragment bleibt entweder an Ort und Stelle liegen, oder es wird gekantet und seine Basis gleitet nach dem Gelenkspalt, oder es wird im Ganzen nach oben disloziert. Von den partiellen Brüchen, die man nur am Röntgenbild studieren kann, ist am häufigsten die Abreissung der Spitze der Tuberositas.

Zu den Symptomen der totalen Fraktur gehören folgende: die durch den Bluterguss an der Tuberositas und im Kniegelenk bedingte Schwellung, die Funktionsstörung des Quadrizeps, eine beilhiebartige Vertiefung unterhalb des Fragments, das, wenn es völlig losgelöst ist, variablen Sitz hat und beweglich ist. Die Patella ist beweglicher als sonst, und zwar ebensogut bei Streckung wie bei Beugung.

Bei der partiellen Fraktur ist die Funktionsstörung nicht vollständig. Es finden sich konstanter Druckschmerz und geringe Schwellung an der Tuberositas. Diese sogen. Schlatter'sche Krankheit wird von Schlatter selbst als eine partielle Abrissfraktur gedeutet, von anderen Autoren als Folge einer traumatischen Apophysitis angesehen. Behandlung durch Ruhigstellung im Kompressivverband, nicht über 14 Tage.

Die totalen Frakturen behandelt man meist durch Heftpflasterverband, um die Patella herunterzuziehen und das Fragment an die Tibia zu drücken, in Streckstellung. Nach 20 bis 25 Tagen passive Bewegungen. Bei grösserer Dislokation Arthrotomie und Nagelung des Fragments oder Knochennaht mit Silberdraht. Gipsverband 10 Tage. **Zander**-Heidelberg.

51) **W. Bergemann.** Zur Behandlung der Malleolarfrakturen. (Bruns Btr. z. kl. Chir. Bd. 71, S. 575.)

Verf. gibt die Resultate wieder, wie sie in der Königsberger chir. Klinik mit dem Lexer'schen Heftpflasterverband für Malleolarfrakturen erzielt wurden. Der Heftpflasterverband, der aus Lexers Veröffentlichungen bekannt sein dürfte, ist nur in der Weise abgeändert, dass durch Einschalten eines Gummistoffstückes die Stärke der Adduktions- und Supinationswirkung variiert werden kann. Von 20 nachuntersuchten Fällen waren alle zur Zeit der Nachuntersuchung als völlig arbeitsfähig anzusehen = 100 % Heilung. Nur 1 Pat. bezog noch eine 20 % Rente. (Dabei ist aber zu bemerken, dass nur 7 von den 20 Patienten rentenberechtigt waren. [Ref.])



Die durchschnittliche klinische Behandlungsdauer betrug 21 Tage. Bewegungsübungen wurden vom ersten Tag an vorgenommen. In 2 Fällen bestand Neigung zum Knickfuss, sonst war keine sekundäre Plattfussbildung nachzuweisen. Nach diesen Erfolgen stellt Verf. diese Behandlungsmethode über die immobilisierende mit Gipsverbänden etc. und in gleiche Linie mit der Bardenheuer'schen Extensionsbehandlung, vor der sie voraus hat, dass sie angenehmer ist und den Patienten weniger lang ans Bett fesselt.

Balsch-Heidelberg.

52) **Engelhardt**-München: Ein Fussbewegungsmessapparat. (Arch. f. Orth. etc., Bd. IX. H. 1.)

Beschreibung eines neuen Apparates, mit dem sich die Bewegungen des Fusses in den 3 Achsen für Dorsal- und Plantarflexion, Pro- und Supination und Rotation messen lassen, ohne dass der Apparat dadurch besonders kompliziert geworden ist. Um die Mitbewegungen der Oberschenkelmuskulatur und lediglich die Bewegungen im Fussgelenk zu erhalten, ist es notwendig, das Knie zu beugen und an einer seitlichen Verschiebung zu verhindern.

Meyer-Lübeck.

53) **Peters** (Hamburg). Ein Beitrag zur Prognose und Architektur längst geheilter Kalkaneusfrakturen. (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1911. Nr. 2.)

P. untersuchte 7 Fälle von Kalkaneusfraktur nach, die z. T. 20 Jahre zurücklagen und fand, dass nicht selten bei Kalkaneusfrakturen zeitlebens mehr oder minder hochgradige Beschwerden zurückbleiben und die Pro- und Supination häufig behindert oder aufgehoben ist, da die Kalkaneusbrüche als Gelenkfrakturen aufzufassen sind. Ebenso finden sich im Talokalkanealgelenk häufig arthritische Veränderungen. Der Bruchspalt und der Kallus ist noch nach vielen Jahren deutlich sichtbar. Wenn die Gesamtarchitektur atrophiert ist, so zeigt das, dass die Funktion des Fusses mangelhaft ist, während Hypertrophie der Struktur, besonders im Gebiet der bogenförmigen Fasern auf gute Funktion schliessen lässt.

Zum Studium der Architektur und des Kalkaneus überhaupt ist eine Aufnahme von der Innen- und eine von der Aussenseite erforderlich.

Meyer-Lübeck.

54) **Bettmann** (Leipzig). Die Bedeutung der kleinen Knochenabsprengungen am Fusskelett vom Standpunkt der Unfallbegutachtung mit Kasuistik und eigenem Bei-



trag einer typischen Form von Splitterung an der Fibula. (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1910. H. 10/11.)

Die genaue Kenntnis aller am Fusskelett vorkommenden Knochenbildungen und überzähligen Knöchelchen und Sesambeine ist zur Unterscheidung atypischer, durch Unfall erworbener Knochenveränderungen erforderlich. Eigene Beobachtung B.'s von Aussprengung eines dreieckigen Knochenstückes aus dem Malleolus externus. B. erklärt sich diese Erscheinung als Folge einer Stauchung resp. Knickung, bei der die Gewalt nicht ausreichend war, um eine völlige Malleolenfraktur herbeizuführen, und wo infolgedessen nur eine Aussprengung aus der Kortikalis stattfand.

Meyer-Lübeck.

55) **Lauenstein** (Hamburg). Beitrag zur Frage der Umgestaltung der Architektur des Fersenbeins unter dem Einfluss veränderter Statik und beschränkter Muskeltätigkeit infolge von langdauernder Versteifung seiner Gelenkverbindung. (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1910 H. 10/11.)

Im Anschluss an ein Trauma des Fusses vor 14 Jahren bildete sich infolge von Versteifungen (Aufhebung der Pro- und Supination, Beschränkung der Beugung und Streckung) sowie mässiger Plattfussbildung infolge Verschiebung des Kalkaneus nach aussen unter dem veränderten Belastungsmodus des Fusses und dem Einfluss der veränderten Muskel- und Bänderwirkung die Architektur des Kalkaneus in dem Sinne um, dass das Zugliniensystem besonders ausgebildet wurde, da der Kalkaneus besonders auf Biegungsfestigkeit in Anspruch genommen wurde. Meyer-Lübeck.

56) **E. Müller** (Stuttgart). „Der idiopathische Hohlfuss". (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 72. Bd., 2. H., p. 265.)

Der idiopathische Hohlfuss, der charakterisiert ist durch vermehrte Wölbung des Fusses entstanden aus einer uns noch unbekannten Ursache, ist häufiger, als es nach der Literatur scheinen sollte, Verf. bringt 20 Fälle aus seiner Klientel. Die Deformität besteht in einer Knickung des Fusses im Chopart'schen Gelenk das meist auch eine auffallende Schlottrigkeit aufweist. Seltener ist die Knickung im Lisfranc'schen Gelenk. Die Zehen sind meist extrem dorsalflektiert, was Verf. auf eine übertriebene Anstrengung der Zehenstrecker, die abnorme Flexion des Vorfusses auszugleichen zurückführt. Die Muskeln funktionieren alle. Die Fascia plantaris springt oft als fester Strang vor. Als Ursache



sieht Verf. eine Schrumpfung der Plantaraponeurose ähnlich der Dupuytren'schen Kontraktur an der Hand an, wenn auch mikroskopisch keine Veränderungen an der Aponeurose festgestellt werden konnten.

Die Therapie besteht in leichten Fällen in subkutaner Durchtrennung der Plantarfascie und Redressement, in schweren Fällen, und diese bilden die Norm, weil die leichten nicht zum Arzt kommen, betrachtet Verf. die Exstirpation und Keilexzision aus dem Tarsus in der Höhe der Krümmung als Normalverfahren. Die Erfolge, die Verf. damit erzielte, waren durchweg befriedigend.

Balsch-Heidelberg.

57) **L. Lamy.** Traitement pratique du pied bot varus équin congénital manuellement réductible. (Gazette des hôpit. Déc. 1910.)

Einige praktische Winke zur Behandlung des manuell reponiblen Klumpfusses mit vielen Abbildungen.

Das Redressement richtet sich gegen 4 Deformitäten: 1. Da die Fussohle nach innen sieht, muss man den Fuss mit der ganzen Hand so weit herumstellen, bis der äussere Fussrand höher steht. 2. Der Fussrücken zeigt vermehrte Krümmung, deren Scheitel der luxierte Talus ist. Dieser Vorsprung wird mit beiden Daumen eingedrückt. 3. Der innere Fussrand ist zu kurz. Man muss zu erreichen suchen, dass er nach innen konvex wird. 4. Die Beseitigung des Spitzfusses manuell. Der Winkel zwischen Fuss und Unterschenkel muss kleiner als 60° sein.

Diese Manöver sind zweimal täglich auszuführen, verbunden mit Massage des Unter- und Oberschenkels. Beschreibung einer einfachen Schiene mit Sohlen- und Unterschenkelteil, die dreimal am Tage angewickelt werden soll. Die Schuhe sind an der Spitze und aussen um einige Millimeter zu erhöhen. Das Kind soll dann ein Jahr lang mit der beschriebenen Schiene im Schuh gehen. Die Massage ist möglichst bis zu 5 bis 6 Jahren fortzusetzen.

In schwereren Fällen kommt die Tenotomie, möglichst in Chloroformnarkose, und das forzierte Redressement in Frage. Auf 2—3 Wochen Fixation im Gipsverband folgt erneutes Redressement und Gipsverband, in dem man gehen lassen kann. Nach 3 Wochen Schienenbehandlung.

Zander-Heidelberg.

58) **Saxl** (Wien). Zur Frühbehandlung des kongenitalen Klumpfusses. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 441.)

S. empfiehlt im allgemeinen nicht zu früh mit der Behandlung des Klumpfusses zu beginnen. Erweist es sich aber doch als not-



wendig, innerhalb der ersten Lebensmonate die Korrektur vorzunehmen, so ist auch hier das modellierende Redressement das beste Verfahren. Um Zirkulationsstörungen zu vermeiden, wird ein 2 bis 3 Querfinger breites Fenster über dem Rist des Fusses ausgeschnitten. Auch wird das stumpfwinklig gebeugte Knie in den Verband mit einbezogen, um das Abrutschen der Verbände zu verhüten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

59) **Ghiulamila** (Bukarest). Beitrag zur Kenntnis der Talusfraktur. (Zeitsch. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 190.)

Beschreibung eines Falles von Talusfraktur, die zu einer Varusstellung des Fusses geführt hatte. Korrektur und Fixation im Gipsverband und baldige Mobilisation führten zu einem guten funktionellen Resultat.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

60) **Krauss** (Konstanz). Die Behandlung des Klumpfusses von Dr. med. Gustav Krauss und deren Erfolge in seiner praktischen Tätigkeit. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 27, S. 22.)

Mit Hippokrates beginnend bringt K. zunächst eine kurze Geschichte der mechanischen Orthopädie. Es folgt dann eine Einteilung des Klumpfusses oder vielmehr der gesamten Fussdeformitäten, die der Engländer unter der Bezeichnung Club-foot zusammenfasst. Die von K.'s Vater erfundene Klumpfussmaschine, deren genaue Beschreibung gegeben wird, wirkt durch allmähliche Dehnung der Weichteile, wenn K. auch von teilweise sehr reichlichen Tenotomien Gebrauch macht. Einige Fälle besonders von älteren Pat. werden im einzelnen angeführt. Zu Gunsten seiner recht lang dauernden Behandlung führt K. hauptsächlich das Schonende des Verfahrens ins Feld, während er dem modellierenden Redressement den Vorwurf macht, dass die Bänderzerreissungen und Knochenzertrümmerungen nicht gleichgültig sein könnten. Ob nicht sehr viele Eltern bei einer derartigen langwierigen Behandlung die Geduld verlieren werden? Einige der Bilder scheinen dafür zu sprechen, dass auch bei diesem Verfahren eine Ueberkorrektur vorkommen kann, die K. dem modellierenden Redressement zum Vorwurf macht.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

61) v. **Dembowski** (Wilna). Exstirpatio tali bei veraltetem Pes equinovarus. (Zeischr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 186.)

Verf. hat bei einer 47 jährigen Pat. mit gutem Erfolge bei einem schweren veralteten Klumpfuss die Exstirpation des Talus vorgenommen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



62) **A. Poncet.** Double pied plat valgus douloureux d'origine tuberculeuse. (Gazet. des hôpit., Déc. 1910.)

Poncet berichtet über einen Fall, der entschieden für seine Ansicht spricht, dass die schmerzhaften Plattfüsse im Jünglingsalter und bei Erwachsenen häufig tuberkulöser Natur sind. Bei einer 30jährigen Frau, die an Tuberkulose beider Lungen litt, entwickelte sich allmählich immer mehr die Deformität eines Platt- und Knickfusses, der sich durch Korkeinlage langsam besserte. Später kam dann noch eine subakute Polyarthritis hinzu, die ebenfalls zum tuberkulösen Gelenkrheumatismus zu rechnen ist. **Zander**-Heidelberg.

63) **Heermann** (Kassel). Weiche Plattfussohlen. (Deut. med. Woch. Nr. 46, 1910.)

Bei Schwielen oder sonstigen schmerzhaften Stellen der Fusssohle wendet H. weiche Sohlen aus Gummischwamm oder Faktis an. Auch bei Plattfuss, Fussgeschwulst und Mittelfussbrüchen verwendet er Gummischwammsohlen, deren Elastizität das Arbeiten der Muskulatur erleichtert und die denselben Zweck wie festere Einlagen erfüllen sollen. **Hohmann**-München.

64) **E. Kirmisson.** Du traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non-sanglante. (La pathol. infant., Déc. 1910.)

Verf. stimmt der Forderung Paci's vollkommen bei, die Reposition der angeborenen Hüftluxation möglichst ohne Gewalt vorzunehmen, und empfiehlt die Lorenz'schen Vorschriften, den ersten Verband in Flexion und rechtwinkliger Abduktion anzulegen, damit die hintere Kapsel sich retrahieren kann. Der 2. Verband nach 3 Monaten soll das Bein in vollständiger Streckung, Abduktion und vor allem in vollständiger Innenrotation fixieren und muss deshalb den Fuss einbegreifen. Besteht nach 3 Monaten noch Neigung zur Aussenrotation, so ist ein neuer Verband auf 2 Monate zu empfehlen. K. lässt die Kinder in der Verbandperiode im Allgemeinen nicht gehen, höchstens im 2. Verband, aber nur mit Krücken.

Gelingt die Reposition nicht sofort, so ist einige Wochen permanente Extension anzuwenden oder zur besseren Dehnung der Weichteile ein Gipsverband in Flexion und rechtwinkliger Abduktion.

Verf. hat nach der Reposition keine üblen Zufälle, wie Lähmungen etc. gesehen. Die besten Resultate werden zwischen dem 3. und 5. Jahre erreicht. Nach dem 7. Jahre ist die Reposition zu vermeiden. Bei der doppelten Luxation können die Schwierigkeiten auf beiden Seiten recht verschieden sein.



Statistik über die Resultate verschiedener Orthopäden mit der unblutigen Methode. Kirmisson selbst hat in den letzten 4 Jahren bei doppelter Hüftluxation in 68 %, bei einseitiger 87 % gute Resultate erzielt. **Zander**-Heidelberg.

65) **Cramer**-Köln: Ueber seltene pathologische Luxationen und Subluxationen des Hüftgelenks. (Arch. f. Orth. etc. Bd. IX. H. 1.)

Fall I. 12jähr. Mädchen mit Luxatio iliaca r., links ischiadica paralytica, die Verfasser als Distraktionsluxationen auffasst, die im Anschluss an eine Poliomyelitis im Alter von 18 Mon. entstanden ist, ohne dass das Kind jemals gelaufen war. Verfasser glaubt, dass die Luxation durch den Zug der erhalten gebliebenen Muskeln eingetreten sei. Röntgenbefund: Die Pfanne rechts ist völlig abgeflacht und am oberen Rande nicht verlängert; links: Pfanne undeutlich. —

Fall II. 16 jähr. Schüler. Poliomyelitis mit 1 1/2 Jahren. Stark ausgedehnte Lähmung mit doppelseitiger Luxatio iliaca paralytica verbunden mit Pfannenwanderung. Ebenfalls Distraktionsluxation.

In Fall III, IV und V handelt es sich um Subluxation infolge Muskelzuges, verursacht durch die Abduktion des Femur zur Kompensation der gegenseitigen Beckensenkung. In Fall V war gleichzeitig eine starke Deformierung des Kopfes vorhanden.

Meyer-Lübeck.

66) **F. Voelcker** (Heidelberg). Offene Myotomie des Glutäus maximus bei schnellender Hüfte. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. Bd. 72, H. 3, S. 619.)

Verf. konnte 4 mal das Krankheitsbild der „schnellenden Hüfte“ beobachten und dabei operativ vorgehen.

Die dabei gemachten Beobachtungen sind folgende: Zunächst ist bezüglich des Entstehungsmechanismus wichtig, dass 3 mal eine wohlausgebildete normale Bursa trochanterica gefunden wurde. Weder das Fehlen noch eine Erkrankung der Bursa kann darnach ätiologisch in Betracht kommen. Ferner konnte Verf. beobachten, dass der Hauptruck beim Zurückgleiten des Tractus cristo-femoralis über den Trochanter entsteht, und dass dieser Ruck durch einen besonders stark ausgebildeten oberen Teil des Musc. glutäus maxim. verursacht war. Die Myotomie dieses Muskelabschnittes hat jedesmal sofort das Schnappen beseitigt. Als Methode der Wahl empfiehlt darnach Verf. die offene Myotomie des obersten Abschnittes des



Muscul. glutaeus maxim. und zwar in Lokalanästhesie, um durch willkürliche Bewegungen des Patienten während der Operation den Erfolg kontrollieren zu können. 2 mal hat Verf. nach Durchtrennung des Glutäus die beiden Schnittenden mit dem Periost vernäht. In beiden Fällen trat Rezidiv ein. In den beiden Fällen, in denen nur die Myotomie gemacht wurde, blieben Rezidive aus, im 1. Fall schon 10 Jahre, was für Verf. zur Fixierung der angeführten Methode der Wahl den Ausschlag gab. **Balsch**-Heidelberg.

67) **Gaugele** (Zwickau). Die schnappende Hüfte. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 27, S. 132.)

G. glaubt ausser der meist beobachteten Form der schnappenden Hüfte (Gleiten des Tractus cristo-femoralis über den Trochanter) eine zweite Art annehmen zu müssen, die in einer tatsächlichen Luxation des Kopfes infolge von Veränderungen am hinteren Pfannenrande besteht. Verf. stellt die Diagnose aus dem klinischen Befund (Bildung einer Delle in der Weiche an Stelle des Kopfes, Möglichkeit, den Trochanter und Hals zu umgreifen). Die Röntgenbilder ergaben keine wesentliche Differenz in beiden Positionen, doch konnte G. an Skelettröntgenbildern feststellen, dass der Kopf, wenn er auch hinter der Pfanne steht, im Bilde sich doch scheinbar darin befindet. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

68) **G. Drehmann.** Die Coxa vara. (Ergebn. der Chir. und Orth. II. Bd., S. 452.)

Als Coxa vara sind alle diejenigen Verbiegungen des Schenkelhalses zu bezeichnen, bei denen ausser der Verminderung des Schenkelhalswinkels eine dauernde Adduktionsstellung des Oberschenkels mit Aufhebung der Abduktionsmöglichkeit vorhanden ist. Sie kann ihren Sitz in der Trochantergegend haben = Coxa vara trochanterica, oder im Halsteil mehr gegen die Epiphyse hin = Coxa vara cervicalis. Als Einteilung wählt Verf. eine zweckmässige Kombination der Helbing'schen und Hoffmeister'schen Gruppierung:

a) Coxa vara congenita.

b) Erworbene Coxa vara.

1. Symptomatische (Rachitis, Osteomalazie, Tuberkulose, nach Einrenkung angeborener Hüftverrenkung, Trauma.)
2. Essentielle Coxa vara. Die sogenannte Coxa vara adolescentium statica.

Die Coxa vara congenita ist nach Verf. als der 1. Grad des kongenitalen Femurdefektes aufzufassen. Die symptomatische Form der Coxa vara ist eine rein trochantere durch Erweichungsprozesse



verschiedener Genese im Knochen hervorgegangen. Um die Coxa vara statica adolescentium wogt noch jetzt der Streit, die einen verwerfen sie vollkommen und wollen nur eine traumatische Epiphysenlösung anerkennen, die anderen sehen sie als die einzige Form der echten Coxa vara an. Verf. nimmt eine vermittelnde Stellung ein. Nach ihm beruht die Coxa vara adolescentium auf einer Verlagerung der Kopfepiphyse, die mehr oder weniger akut oder traumatisch auftritt. Als reine Epiphysenfrakturen sind aber diese Fälle nicht anzusehen, sondern das Krankheitsbild ist als solches aufrecht zu erhalten. Weitere Beobachtungen frischer Fälle müssen die Frage definitiv klären. Als Therapie kommt bei der Coxa vara adolescentium am meisten das unblutige Redressement nach Drehmann und Lorenz in Betracht. Die trochantere Form ist am schnellsten und sichersten durch eine subtrochantere Osteotomie zu bessern.

Baisch-Heidelberg.

69) **P. Frangenheim** (Königsberg). „Weitere Untersuchungen über die Pathologie der Coxa vara adolescentium". (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 72. Bd. 1. H. p. 239.)

Verf. hatte Gelegenheit 3 weitere Resektionspräparate von Coxa vara adolescentium aus der Königsberger Chirurg. Klinik genau histologisch zu untersuchen und dadurch seine früheren Anschauungen zu stützen. Er wendet sich scharf gegen die Theorie von der traumatischen Entstehung der Coxa vara, das Primäre ist nach seinen Untersuchungen eine Erkrankung der Knorpelfuge. Sie besteht in Verbreiterung, in Zerfall in einzelne Knorpelnischen, die nebeneinander liegen oder sich teilweise decken. Der Knorpel ist stärker vaskularisiert, zellreicher als der normale, die normale Reihenbildung fehlt. In der Knorpelsubstanz finden sich Kalkschollen, ferner Streifen von osteoidem Gewebe. Verf. möchte diese Knorpelveränderungen in das Gebiet der Chondrodystrophia oder Chondromalacie rechnen.

Baisch-Heidelberg.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

70) **Ritter** (Posen). Zur Diagnose der Knochencysten im Röntgenbild. (Sitzg. der Breslauer chirurg. Gesellsch. v. 12. XII. 10. Zentralbl. für Chir. 1911 Nr. 6. S. 192.)

Demonstration der Röntgenbilder eines 6jährig. Knaben, die das Bild von Knochencysten an der rechten Ulna, dem linken Radius und beiden Tibien zeigten, dagegen bestätigte die Operation die vorher gestellte Diagnose auf Osteomyelitis tuberculosa.

Natzler-Heidelberg.



71) **Gabriel.** Gesellschaft der Charitéärzte. 1. XII. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911, No. 3.)

Recklinghausensche Krankheit mit Osteomalazie. 2 Fälle, bei denen neben den Hautfibromen und Neuromen erhebliche Knochenverbiegungen besonders an der Wirbelsäule, in einem Falle an der einen Hüftpfanne und am Schenkelkopf bestehen. Joachimsthal, aus dessen Material der eine Fall stammt, teilt mit, dass die von anderen empfohlene Adrenalinbehandlung bei den osteomalazischen Prozessen sich bei seinen Fällen nicht bewährt habe.

Hohmann-München.

72) **Freund jun.** Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin. 8. XI. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911, No. 6.)

Osteomyelitis luetica eines Säuglings, an allen Extremitäten; die ihn säugende Mutter mit Ehrlich 606 behandelt. Da die Erscheinungen progredient blieben, 11 Tage nach der Injektion der Mutter Schmierkur des Kindes, die den Zustand bald besserte. — **Hohmann**-München.

73) **Joachimsthal.** Berliner med. Gesellsch. 8. II. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911, No. 8.)

Fürsorge der Stadt Paris für Kinder mit Knochen- und Gelenktuberkulose (siehe Originalreferat). Diskussion: Baginsky verweist ebenfalls auf die Bedeutung der Seehospize und hofft, dass mit der Zeit auch Berlin hier folgen werde. Munter fragt nach einer Statistik über die Prognose der Behandlung dieser Kinder für die spätere Gesundheit. Lennhoff: Die deutschen Hospize sind nicht wie die französischen für chirurgische Behandlung eingerichtet, auch erfolgt die Ueberweisung von Kindern nur für eine bestimmte Kurzeit. In Berck sind sie bisweilen 1 Jahr lang in Behandlung. Die Festsetzung bestimmter Kurperioden, 4 — 6 Wochen, von vornherein hat keinen Sinn und ist auch zu kostspielig. Böhm: Hoffa stellte fest, dass ca. 60 — 70 % dieser Kinder durch geeignete Behandlung vor dem Krüppeltum bewahrt bleiben. In Berck wird nur ausnahmsweise operiert. Joachimsthal: Nach den Statistiken der letzten Jahre erfolgt Heilung dieser Fälle bei etwa 75 %. Allerdings dauert es oft lange. Nach Bruns eiterte ein Hüftgelenk 4½ Jahr, ein anderes ohne Eiterung brauchte 3½ Jahre. Es ist zu hoffen, dass die in der letzten Zeit geübte Praxis der Stadt Berlin in dieser Frage aufgegeben wird zugunsten einer zweckmässigeren. **Hohmann**-München.

74) **Eckert.** Gesellschaft der Charitéärzte Berlin. 3. XI. 1910. (Ref. Berlin. klin. Woch. 1911, No. 2.)

Chronischer Gelenkrheumatismus. Bei 8½jährigem Mädchen entwickelte sich allmählich ein Entzündungszustand verschiedener Gelenke, beginnend mit Fuss- und Zehengelenken, übergreifend auf Knie und Arme, bis das Kind bettlägerig wurde, als auch die Wirbelsäulengelenke steif wurden. Die Gelenke, besonders der Hände, waren spindelförmig aufgetrieben, ohne deutlichen Erguss, mit festen derben Schwellungen, Sehnenscheidenkrepitation, verdickten Kappen, atrophierten Muskeln und Knochen. Pirquet stark positiv. Bild der Poncetschen Krankheit, die die Engländer Still's Disease nennen. Charakteristisch sind initiale Lymphdrüsen- und Milzschwellung. Antirheumatische Therapie vergeblich. Am besten sind heisse Bäder, Jodkali und passive Bewegungen. Heubner wandte hier mit überraschendem



Erfolg die Radiumkur an, gab zuerst 4 Wochen lang Radiumwasser zu trinken und nach 3 Wochen Pause 4 Stunden täglicher Aufenthalt in einem Radium-emanatorium. Das Kind lernte schon nach der Trinkkur wieder etwas gehen, kann jetzt wieder schreiben und nähen, die Schwellungen und Versteifungen bildeten sich bis auf noch bestehende Reste zurück.

Hohmann-München.

75) **W. His.** Berl. mediz. Gesellschaft 18. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 5.)

Behandlung von Gicht und Rheumatismus mit Radium (siehe Originalarbeit-Referat). Diskussion: Fürstenberg: Anfängliche Verschlechterung der objektiven und subjektiven Symptome sind kein Grund zur Unterbrechung der Radiumkur, sind sogar prognostisch günstig. Auerbach · Die lokale Anwendung radioaktiver Substanzen in der Form der Markusschen Kompressen tat bei rheumatischen Interkostalneuralgieen, bei Gelenkversteifungen, in einem Falle von Ischias gute Dienste. G. Klemperer: Besser als Badekuren ist die Anwendung des Emanatoriums. Gudzent: Das Radium wirkt in einem Teil der Fälle aufregend, namentlich bei nervösen, deshalb hier geringere Dosen wählen.

Hohmann-München.

76) **Külbs.** Gesellschaft der Charitéärzte 1. XII. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 3.

Arthritis deformans sine arthritide. Unter dieser neuen Diagnose veröffentlichte K. den Fall eines 48 jährigen Schlossers, bei dem sich unter Schmerzen im Daumen und Zeigefinger der rechten Hand eine Atrophie der Muskulatur zwischen diesen Fingern entwickelt hatte. Die Hauptarbeit des Patienten ist Feilen. Für Neuritis spricht nichts. Das Röntgenbild zeigte eine Aufhellung des Knochenschattens in der betreffenden Gegend, ohne Strukturveränderungen der Knochen- oder der Gelenkspalten. Ein Zustand, der analog der akuten Knochenatrophie nach Trauma ist. Die Anstrengung beim Feilen und lokaler Druck hierbei mögen die Ursache gebildet haben. Warum die Diagnose der Ueberschrift notwendig war, geht aus dem Referat nicht genügend hervor.

Hohmann-München.

77) **Lichtenauer**. Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin. 6. XII. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 7.)

Myositis ossificans. Nach einfacher Luxation des Vorderarms. Einige Tage nach der Reposition war die Schwellung noch nicht beseitigt, es bildete sich eine Verhärtung in der Ellenbeuge, die einen wolkigen Schatten im Röntgenbild zeigte. Allmählich verband eine Knochenbrücke die Vorderarmknochen mit dem Oberarm, sodass volle Ankylose bestand. Die Operation fand vollständige Verknöcherung des brachialis internus. Mit Meissel und Zange Abtragung der Knochenmassen und Heilung, sowie Herstellung guter Beweglichkeit.

Diskussion: Haeckel glaubt, dass nicht nur das mitverletzte Periost, sondern auch das Bindegewebe des Muskels Knochen produzieren könne. Er exstirpierte einmal aus einer Bauchnarbe in der linea alba nach Magenoperation ein 6 cm langes Knochenstück, das nirgends mit Knochen oder Periost Zusammen-



hang hatte. Ebenso sah Sagebiel in einem Ohrpolypen einen Knochenkern. Schnitzer verweist auf das im Kleinhirn beobachtete Osteom.

Hohmann-München.

78) **L. Mann und C. Goebel.** Breslauer psychiatrisch-neurologische Vereinigung. 28. XI. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. **1911,** No. 1.)

Operativ behandelter Halsmuskelkrampf. Seit 4 Monaten besteht bei 42jähr. Patienten heftiger Krampf des rechten Sternocleidomastoideus und Platysma, allmählich auch der linksseitigen Nackenmuskeln. In leichten Fällen hilft oft Faradisation der Antagonisten der krampfenden Muskeln, hier versagte diese Methode, weshalb Goebel den rechten Nervus accessorius isolierte und stark dehnte, und als die Krämpfe nicht nachliessen, nach drei Tagen den Trapezius, Splenius und Semispinalis quer durchschnitt, auch den N. occipitalis major resecierte. Der Erfolg war ein teilweiser, die Krämpfe verloren ihre Heftigkeit und Häufigkeit. In der Debatte äusserten Kramer und Levy ihre Bedenken gegenüber dieser Operation, besonders, da die Versorgung der betreffenden Muskeln von mehreren Nerven erfolgte, was die Operation äusserst kompliziere. **Hohmann**-München.

79) **Kienböck.** K. k. Gesellschaft der Aerzte Wien 20. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911 Nr. 9.)

Luxation des Atlas und Fraktur des prozess. odont. des epistropheus. 35jähr. Mann. Sturz mit Gehirnerschütterung. Es blieb Druckschmerz im Nacken und Beschränkung der Rückwärtsbewegung und Drehung des Kopfes zurück. Linke Zungenhälfte leicht atrophisch, Patellarreflexe gesteigert, an der Pharynxwand Vorspringen des Atlas. Das Röntgenbild gibt die obige Diagnose. **Hohmann**-München.

80) **Schuster.** Berliner med. Gesellsch. 11. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. **1911,** No. 4.)

Wirbelsäulenverkrümmung hysterischer Natur. Nach einem Fall von 3 Meter Höhe trat bei 38jähr. Frau starke rechtskonvexe Wirbelsäulenverkrümmung auf, mit Schmerzen im Rücken, die jedoch nicht konstant sind, auch den Ort wechseln. Die Skoliose verschwindet in Rückenlage und im Korsett, ja noch ehe das Korsett ganz angelegt ist. Ein Gibbus besteht nicht, das Röntgenbild zeigt keine anatomischen Veränderungen. Die Prognose ist schlecht. Ein Fall wurde von einem Wunderdoktor geheilt. (!)

Hohmann-München.

81) **Stolz.** Unterelsässischer Aerzteverein Strassburg i. E. 17. XII. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 5.)

Scoliosis alternans ischiadica. 38jähr. Maurer erkrankte an rechtsseitigem Hüftschmerz, hielt sich mit nach rechts geneigtem Oberkörper bei der Arbeit. Auch wenn er sich nach der linken Seite hielt, empfand er weniger Schmerzen. So arbeitete er abwechselnd nach rechts oder links geneigt. Im Augenblick des Wechsels der Haltung verspürte er stechenden Schmerz an der Austrittsstelle des Ischiadikus. Es besteht starke linkskonvexe Lumbalskoliose, die Patient sofort in eine rechtskonvexe verwandeln kann, die aber weniger stark ausgesprochen ist als die erstere. Wahrscheinlich besteht in beiden Stellungen ein Minimum von Spannung in den Nervenwurzeln.

Hohmann-München.



82) **Hoffmann.** Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin. 8. XI. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911, No. 6.)

Isolierte Serratuslähmung. Entstanden durch starke Rückwärtsbeugung des Arms bei gleichzeitiger Anspannung der Schulter und Oberarmmuskulatur. **Hohmann**-München.

83) **Wagner.** Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin 6. XII. 10. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911 Nr. 7.)

Reposition von Schultergelenksluxationen. Besonders bei der subcoracoiden Luxation. Wenn keine Nervenläsion oder sonstige Komplikation vorliegt, wird unter den luxierten Arm eine 20 cm lange Rolle festgewickelter Watte von 10 cm Durchmesser gelegt und in die Achselhöhle eingepresst. Den rechtwinklig gebeugten Ellenbogen fasst man dann mit der nach oben gekehrten Vola und umgreift mit der anderen Hand das Handgelenk von unten her. Dann drückt man den Ellenbogen langsam und allmählich stärker an den Körper des Patienten, ohne Schmerzen zu machen, setzt bei Spannung ein wenig aus und dreht den Unterarm leicht, als ob man den Kapselriss suchen wolle. Nach leichter Aussenrotation erfolgt oft die mitunter geräuschlose Reposition. Die Methode hat den Vorzug der Einfachheit, der Entbehrlichkeit von Assistenz, meist der Narkose, der Schmerzlosigkeit und Unschädlichkeit.

Hohmann-München.

84) **Immelmann.** Berl. Mediz. Gesellschaft 22. II. 11. (Ref. klin. Woch. 1911. Nr. 10.)

Periarthritis humeroscapularis. Erkrankung der Bursa subacromialis und subdeltoidea akuter und chronischer Art, bei $^2/_3$ der Fälle nach einem Trauma, einer forcierten Bewegung, Ueberanstrengung. Es bestehen Schmerzen bei Bewegungen im Schultergelenk, besonders auch bei der Adduktion. Pendelbewegungen und Rotation sind frei. Extension vermindert den Schmerz. Zwischen Acromion und Caput humeri im Röntgenbild ein Schatten im Bereich dieser beiden Bursae. Der Schatten wird direkt nach der Verletzung gefunden, muss also schon vorher dagewesen sein. Auch am gesunden Schultergelenk findet man in solchen Fällen bisweilen den Schatten ohne Schmerzen. Das Trauma hat also auf die bestandenen Ablagerungen einen starken Reiz ausgeübt. Therapie: Heissluft und Medikomechanik nebst Massage. Die Hälfte der Patienten verträgt aber letzteres nicht, deshalb hier nur Heissluft. Bei Operationen fand man Kalkablagerungen neben vereinzelten Knorpelzellen. Meist Heilung. Bei manchen verschwindet der Kalk, bei manchen nimmt er zu trotz Aufhören der Beschwerden. Differentialdiagnose zur Absprengung des Tuberculum majus oder am Caput. Auch am Condylus internus femoris am Kniegelenk sieht man bisweilen in der Bursa solche Ablagerungen. — Diskussion: Max Böhm: zeigt an Präparaten die Lage der Bursa und den Verletzungsmechanismus. Bei Verletzungen reisst häufig der Supraspinatus am Ansatz und reisst Periost und auch die laterale Wand der Bursa ab, dadurch periostale Wucherungen und adhäsive Prozesse in der Bursa. Infolge deren Behinderung der Abduktion und Rotation. Bei Operation sah er, wie die Behinderung dieser Bewegungen von Strängen ausging, die sich in der Bursa von Wand zu Wand spannten. Nach ihrer Durchtrennung freie Beweglichkeit. In hartnäckigen Fällen ist Brisement forcé nötig mit folgender Lagerung des Armes auf Schiene in Abduktion und Aussenrotation.



W. Alexander: Die nichttraumatischen Fälle dieser Art werden häufig mit Armneuralgieen verwechselt. Tobias hat diese Fälle mit Massage während der Dampfdusche behandelt. **Hohmann**-München.

85) **Coenen** (Breslau). Fälle von frischer Fractura supracondylica humeri. (Sitzg. der Breslauer chir. Gesellsch. v. 12. XII. 10. Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 6. S. 163.)

C. bringt am stumpfwinklig gebeugten Unterarm einen Diagonalzug, am Oberarm einen Gegenzug nach hinten an. Dadurch wird das nach oben und hinten dislozierte untere Fragment nach unten und vorn gebracht. **Natzler**-Heidelberg.

86) **Pollnow** und **Levy Dorn**. Hufeland'sche Gesellschaft 12. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911.)

Angeborene radioulnare Synostose (siehe Originalreferat). Diskussion: Karewski hat 2 Fälle beobachtet, in einem operiert, ohne günstiges Resultat, auch ohne Operation resultiert häufig gute Gebrauchsfähigkeit. Pollnow bestätigt dies, hält Operation für nicht nötig. **Hohmann**-München.

87) **Küttner** (Breslau). Implantation eines Hüftgelenks aus der Leiche. (Sitzg. der Breslauer chirurg. Gesellschaft v. 12. XII. 10. Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 6. S. 191.)

Vorstellung des ersten auf diese Weise behandelten Patienten. Operation vor 10 Monaten. Gelenk tragfähig, mit guter aktiver Beweglichkeit nach allen Richtungen eingeheilt. **Natzler**-Heidelberg.

88) **Menne.** Aerztl. Verein Essen-Ruhr 22. XI. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911 Nr. 1.)

Coxa vara traumatica. Bei 16jährigem Mädchen, das sich 3 Monate zuvor an einem Rundlauf etwas heftig abgestossen hatte, zuerst starke Schmerzen hatte und auf dem rechten Bein nicht stehen konnte. Nach 1½ Monaten Hinken. Röntgenbild: Lösung in der Epiphysenlinie. Etwas pilzförmige Abplattung. Refrakturierung erfolglos. **Hohmann**-München.

89) **Karl Hirsch.** Berlin. mediz. Gesellschaft 1. II. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911 Nr. 7.)

Habituelle Luxation des äusseren Meniscus. Bei einem 10jähr. Mädchen trat am rechten Kniegelenk vor 2—3 Monaten beim Turnen ohne eine Verletzung ein leichtes schmerzloses Knacken auf, das im Laufe der Zeit stärker wurde und jetzt auch leichte Beschwerden macht. Es besteht nur eine leise Schwellung des Knies, bei Beugung bis 145° tritt unter einem knackenden Geräusch aussen vorn zwischen Quadricepssehne und äusserem Seitenband in der Höhe der Gelenklinie ein kleiner rundlicher quergestellter Körper hervor, der bei Streckung verschwindet und zwar unter noch stärkerem Knacken. Ein genu valgum besteht nicht, auch keine Bänderschlaffheit. Es ist das Bild der von Bruns beschriebenen Spontanluxation, die auf einer besonderen Prädisposition und auf einer besonderen Exkursionsweite der Rotationsbewegung beruhen soll. Bei einem Fall Steiners entwickelte das Leiden sich bei einem mit überkreuzten Beinen arbeitenden 16jährigen Schneider nacheinander auf beiden



Seiten. Im 2. Jahrzehnt scheint sich die seltene Affektion am häufigsten zu bilden. Nur die partielle Exstirpation des dislocierten Meniskus scheint Erfolg zu haben. Katzenstein hat die Naht angewandt.

Hohmann-München.

90) **Hoffmann.** Wissensch. Verein der Aerzte zu Stettin. 8. XI. 1910. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911, No. 6.)

Luxation im Lisfrankschen Gelenk. Entstanden durch Fall einer Last auf den Fussrücken. **Hohmann**-München.

91) **Müller** (Berlin). Neue Operation bei schwerem Plattfuss. (Freie Vereinig. der Chirurg. Berlins. Sitzg. v. 12. XII. 10. Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 5. S. 163.)

Demonstration zweier Patienten, bei denen Kausch wegen schweren Plattfusses folgende Operation gemacht hat: Aus dem Talus wurde ein wagerecht liegender breitbasiger Keil, aus dem Naviculare ein ebensolcher, auf ersterem senkrecht stehender Keil herausgemeisselt. Das kosmetische und funktionelle Resultat war gut. **Natzler**-Heidelberg.

---

bildungen an den Händen. — 41) **Sudeck,** Operativ geheilter Fall von traumatischer reflektorischer Tropboneurose der Hand. — 42) **Kirschner,** Neues Operationsverfahren zur schonenden Eröffnung der Hand. — 43) **Broad**, Massagebehandlung nach Knieverletzungen. — 44) **Johnson,** Patellarfraktur ohne Separierung der Fragmente. — 45) **Fischer**, Apparat zur konservativen ambulanten Behandlung der Patella-, Olekranon- und Kalkaneusfrakturen. — 46) **Evans**, Subluxation des Knies. — 47) **Haglund**, Schlattersche Krankheit. — 48) **Matsuoka**, Wachstumsanomalie der Tuberositas tibiae in der Adoleszenz. — 49) **Gümbel**, Isolierter Bruch des Condylus internus tibiae. — 50) **Jacoulet**, Frakturen der Tuberositas tibiae. — 51) **Bergemann**, Malleolarfrakturen. — 52) **Engelhardt**, Fussbewegungsmessapparat. — 53) **Peters**, Prognose und Architektur längst geheilter Kalkaneusfrakturen. — 54) **Bettmann**, Bedeutung der Knochenabsprengungen am Fusskelett vom Standpunkt der Unfallbegutachtung. — 55) **Lauenstein**, Umgestaltung der Architektur des Fersenbeins bei veränderter Statik und beschränkter Muskeltätigkeit. — 56) **Müller**, Der idiopathische Hohlfuss. — 57) **Lamy**, Behandlung des manuell reponiblen Klumpfusses. — 58) **Saxl**, Frühbehandlung des kongenitalen Klumpfusses. — 59) **Ghiulamila**, Talusfraktur. — 60) **Krauss**, Behandlung des Klumpfusses. — 61) **v. Dembowski**, Exstirpation des Talus bei veraltetem Klumpfuss. — 62) **Poncet**, Tuberkulose als Ursache der Plattfüsse. — 63) **Heermann**, Weiche Plattfussohlen. — 64) **Kirmisson**, Behandlung der Hüftluxation ohne Gewalt. — 65) **Cramer**, Pathologische Luxationen und Subluxationen des Hüftgelenks. — 66) **Voelcker**, Offene Myotomie des Glutäus maximus bei schnellender Hüfte. — 67) **Gaugele**, Die schnappende Hüfte. — 68) **Drehmann**, Coxa vara. — 69) **Frangenheim**, Coxa vara adolescentium.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 70) **Ritter**, Diagnose der Knochenzysten im Röntgenbild. — 71) **Gabriel**, Recklinghausen'sche Krankheit mit Osteomalazie. — 72) **Freund jun.**, Osteomyelitis luetica. — 73) **Joachimsthal**, Fürsorge der Stadt Paris für Kinder mit Knochen- und Gelenktuberkulose. — 74) **Eckert**, Chronischer Gelenkrheumatismus. — 75) **His**, Behandlung von Gicht und Rheumatismus mit Radium. — 76) **Külbs**, Arthritis deformans sine arthritide. — 77) **Lichtenauer**, Myositis ossificans. — 78) **Mann** und **Goebel**, Operativ behandelter Halsmuskelkrampf. — 79) **Kienböck**, Luxation des Atlas und Fraktur des process. odont. des Epistropheus. — 80) **Schuster**, Wirbelsäulenverkrümmung hysterischer Natur. — 81) **Stolz**, Scoliosis alternans ischiadica. — 82) **Hoffmann**, Isolierte Serratuslähmung. — 83) **Wagner**, Reposition von Schultergelenksluxationen. — 84) **Immelmann**, Periarthritis humeroscapularis. — 85) **Coenen**, Fractura supracondylica humeri. — 86) **Pollnow** und **Levy-Dorn**, Angeborene radioulnare Synostose. — 87) **Küttner**, Implantation eines Hüftgelenks aus der Leiche. — 88) **Menne**, Coxa vara traumatica. — 89) **Hirsch**, Habituelle Luxation des äusseren Meniscus. — 90) **Hoffmann**, Luxation im Lisfrank'schen Gelenk. — 91) **Müller**, Neue Operation bei schwerem Plattfuss.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Professor Dr **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstrasse 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW. 6, Karlstrasse 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. **Juli 1911.** **Heft 7.**

Zur Aetiologie des Vorderfussschmerzes.

von
Prof. Dr. ALEXANDER RITSCHL
in Freiburg i. B.

Zur Erklärung der recht häufig vorkommenden Beschwerden und Schwielenbildungen in den mittleren Partien des vordersten Fussohlenabschnitts hat man unter anderem auch eine Abflachung des vorderen, queren, durch die Köpfchen der Mittelfussknochen gebildeten Gewölbes angenommen. Die Existenz dieses Gewölbes scheint mir bei Erwachsenen an sich ziemlich zweifelhaft. In belastetem Zustande wenigstens, zumal bei den letzten Phasen der Fussabwicklung, wenn die Körperlast sich auf diese Fussabschnitte konzentriert, dürfte auch bei kräftigst gebautem Fuss der Halt dieses Gewölbes den Anforderungen der Belastung kaum gewachsen sein; das Gewölbe verschwindet und stellt sich erst beim Nachlass der Beanspruchung wieder ein. Es ist demnach mehr als eine Einrichtung zur Erhöhung der Fusselastizität anzusehen denn als eine Dauerform. Die von verschiedenen Seiten empfohlenen Bandagen und Heftpflasterzüge, um die in Frage stehenden Beschwerden zu bekämpfen und den infolge vermehrten Druckes sich einstellenden Schwielenbildungen zu begegnen, haben mir im Allgemeinen nicht den Erfolg gebracht, den ich theoretisch davon erhoffte.

Ich bin nun vor einiger Zeit auf einen Umstand aufmerksam geworden, der diese Beschwerden am vorderen Sohlenabschnitt entsprechend dem III. Metatarsusköpfchen in einfachster Weise erklärt. Der Druck, der diesen Beschwerden zugrunde liegt, ist



weniger in der Gestaltung des Fusses begründet, als in einer Verunstaltung der Stiefelsohle.

Von Rechts wegen sollte die Stiefelsohle eine flache Ebene bilden. Das ist jedoch oftmals nicht der Fall. Schon bei ungebrauchten, neuen Stiefeln und Schuhen kann man, wie ich mich mehrfach zu überzeugen Gelegenheit hatte, finden, dass die innere oder Brandsohle sich in Form eines nach der Innenseite des Schuhes konvexen Wulstes von der äusseren, meist stärkeren Sohle abhebt. Dass dem so ist, beruht wohl darauf, dass bei der Vereinigung der beiden Sohlenlederstücke sich das innere, schwächere Sohlenstück wirft, weil es seiner Form nach nicht genau mit dem äusseren übereinstimmt, durch die Vereinigungsnaht aber seitlich zusammen gerafft wird.

Aber selbst wenn der neu gekaufte Schuh diese Verhältnisse nicht aufweist, kann sich eine solche Deformierung bei dessen Gebrauch einstellen. Ich stelle mir vor, dass besonders zu Schweiss geneigte Füsse Feuchtigkeit auf die Innensohle übertragen und diese dadurch zum Quellen bringen. Sofern die Innensohle aber an ihren Rändern von der festeren Aussensohle festgehalten wird, ist sie genötigt, sich nach der Innenseite des Schuhes hin zu wulsten.

Endlich kann der Zustand auch beim Besohlen geschaffen werden, wenn wiederum durch die Naht die Innensohle gerafft wird, sofern die Aussensohle nicht breit genug geschnitten wurde.

Wie dem nun auch sei, jedenfalls habe ich den besagten Zustand der Fussbekleidung im letzten Jahre so gut wie regelmässig gefunden, wenn mir vonseiten meiner Patienten über Beschwerden im vorderen Abschnitt der Fussohle in deren Mitte geklagt wurde. Da ich auch an mir selbst diese Erfahrungen machen und den Beschwerden regelmässig durch Aenderung des Schuhzeuges abhelfen konnte, stehe ich nicht an, diese vestimentäre Aetiologie als eine häufige und wichtige anzusehen.

Therapeutisch hat man sich weniger mit dem Fuss, dessen Schwielen zu erweichen (Salicylsäurelösung in Form von Priessnitzumschlägen) und schonend zu entfernen wären, als hauptsächlich mit dem Schuhzeug zu beschäftigen. Jedenfalls versäume man niemals, die Stiefel auf jene Veränderung zu untersuchen und führe die Beschwerden erst dann auf andere Umstände zurück, wenn diese mechanische Ursache ausgeschlossen werden kann.

Liegt Neigung zu Fussschweiss vor, so tut eine Asbestsohle, die die Flüssigkeit aufsaugt, in die Schuhe eingelegt, gute Dienste.

Man kann sie zweckmässig noch, der schmerzenden Stelle entsprechend, mit einem Ausschnitt versehen, der beim Stehen und Gehen die schmerzende Stelle entlastet.

Prophylaktisch untersuche man stets die Schuhe, welche man kauft, und weise sie zurück, wenn ihre Innensohle vorgebuchtet ist.

Die Kinder-Seehospize und die Tuberkulosebekämpfung, von Dr. Häberlin. (Leipzig 1911, W. Klinkhardt.)

Das mit einem Geleitwort vom Geh. Rat Ewald-Berlin versehene Buch ist aufs Wärmste zu begrüssen. Hat doch H., der ärztliche Leiter des Kinderseehospizes auf Wyk (Föhr), eine ebenso grosse als wertvolle Arbeit geleistet, indem er erstmals alles Wissenswerte über die europäischen Seehospize zusammentrug und in übersichtlicher Gruppierung darstellte.

In Kap. I wird ein interessanter, historischer Abriss gegeben, das II. Kapitel behandelt die für Seehospizbehandlung in Betracht kommenden Krankheiten.

Der folgende, besonders wichtige Abschnitt über das Seeklima und seine Wirkungen, enthält viele Ergebnisse eigener wissenschaftlicher Forschung und praktischer Erfahrung des Verf.

Die übrigen Kapitel kann in ihrem Wert nur derjenige ganz ermessen, welcher wie Ref. in die praktische Arbeit für die Bekämpfung der chirurgischen Tuberkulose in speziellen Sanatorien einzutreten beabsichtigt und sich an das Buch als ersten Ratgeber wendet. Sie enthalten sowohl allgemeine Fingerzeige hinsichtlich Bau, Einrichtung, Betrieb, Finanzierung des Sanatoriums wie die Einzelbeschreibung der europäischen Seehospize. Ein Anhang des trefflich ausgestatteten Buches endlich bringt Karten, Baupläne und Ansichten von Hospizen. **Vulpius**-Heidelberg.

Verein für Krüppelfürsorge in Nürnberg. Erster Jahresbericht für 1909/1910.

Der junge Verein hat durch Errichtung einer Beratungsstelle sofort die praktische Arbeit aufgenommen. Dieselbe beschränkt sich zunächst auf ärztliche Fürsorge in poliklinischer und stationärer Behandlung. Im vergangenen Jahre standen 203 krüppelhafte Pfleglinge in Obhut. Die Errichtung eines eigenen Heims ist geplant. **Vulpius**-Heidelberg.



Orthopädisches Turnen im Hause, von Dr. Loewi. Mit 17 Abbildungen und 9 Uebungsbeispielen. (Stuttgart 1911, F. Enke, Preis 1.40 Mk.)

Das Büchlein beschreibt 32 einfache Uebungen, welche z. T. auch abgebildet werden.

Die Uebungen sind für die Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen, namentlich der Skoliose, durch den praktischen Arzt bestimmt. Die kleine Schrift soll nicht in die Hände der Patienten kommen, sie soll dem Arzt eine Anleitung zur apparatlosen Behandlung in der Sprechstunde geben, die Uebungen sollen zu Hause unter gelegentlicher ärztlicher Kontrolle fortgesetzt werden. Der Kreis der Uebungen scheint mir zu eng gezogen, so fehlen die Rotierbewegungen gänzlich. **Vulpius**-Heidelberg.

Handbuch der Röntgenlehre zum Gebrauch für Mediziner, von Prof. H. Gocht-Halle. Dritte, umgearbeitete und vermehrte Auflage mit 233 in den Text gedruckten Abbildungen. (Stuttgart 1911, F. Enke, Preis 13 Mk.)

Das überall geschätzte und beliebte Buch hat sich dank der gründlichen und unermüdlichen Arbeit des Verf. wiederum an die Spitze der medizinischen Röntgenliteratur gestellt. Nach der physikalisch-technischen Seite sowohl wie auf medizinischem Gebiet ist alles Neue berücksichtigt worden. Viele Abschnitte sind neu hinzugekommen oder umgearbeitet worden, die Zahl der Abbildungen hat sich in dem vorzüglich ausgestatteten Buch um mehr als das Doppelte vermehrt.

Die Röntgenliteratur, gesammelt von Prof. Dr. H. Gocht-Halle. (Stuttgart 1911, F. Enke, Preis 12 Mk.)

Die gewaltig angeschwollene Literatur ist als Anhang zu des Verf. Handbuch der Röntgenlehre im besonderen Band auf 387 Seiten in alphabetisch geordnetem Autorenverzeichnis zusammengestellt. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **Delitala.** Sopra un caso di displasia ossea. (Archivio di ortopedia 1910. fasc. 6.)

Verf. berichtet über einen klinischen Fall von Knochendysplasie. Er kommt zu dem Schluss, dass die angeborenen Knochenmissbildungen infolge Defektes in dem Verknöcherungsprozess in die Gruppen der Achondroplasie (wenn der Epiphysenknorpel be-



troffen ist) und der periostalen Dysplasie (wenn das Periost geschädigt ist) eingeteilt werden können:

Zwischen diesen kommt eine Zwischenform vor: die chondroperiostale Dysplasie oder ostale Dysplasie (es ist davon Periost und Epiphysenknorpel betroffen).

In diese dritte Gruppe gehört ein grosser Teil der unter dem Namen unvollkommene Osteogenese, intrauteriner Rachitismus, kongenitale Osteomalazie, essentielle Osteopsathyrosis etc. beschriebenen Formen.

Die ostale Dysplasie unterscheidet sich scharf von der infantilen Osteomalazie und dem Rachitismus.

Der Phosphor-, Calcium- und Magnesiumstoffwechsel wurde in dem beschriebenen Fall quantitativ wie qualitativ anormal gefunden. Quantitativ, weil die Ausscheidung der drei Mineralbestandteile die mit den Nahrungsmitteln eingeführte Menge übertrifft; qualitativ, weil der Phosphor anstatt durch den Harn vorwiegend durch die Faeces ausgeschieden wird. **Buccheri**-Palermo.

2) **Brüning** (Rastatt). Vergleichende Desinfektionsversuche mit Jodtinktur und Alkohol. (Arch. f. klin. Chir., 94. Bd. S. 587.)

Verf. prüfte die Grossichsche Desinfektionsmethode der Haut des Operationsfeldes experimentell nach, um festzustellen, ob die Jodtinktur nur das Gleiche leistet wie der darin enthaltene Alkohol, ob daher das Jod — nach Kutschers Vorschlag — weggelassen werden könne. Da sich nach einigen Versuchen Seidenfäden als Testobjekte für unzweckmässig erwiesen, so verwandte Verf. böhmische Granaten, die zunächst sterilisiert, dann in eine Bakterienaufschwemmuug gebracht und darnach getrocknet wurden; nachdem sie dann 1/4 — 30 Minuten in die zu untersuchende Desinfektionsflüssigkeit gebracht waren, wurden sie in 10 ccm Nährbouillon in den Brutschrank von 37° für 48 Stunden verbracht, und die Resultate wurden nach 24 und 48 Stunden abgelesen. Verf. untersuchte auf diese Weise Jodtinktur (mit 65,70 und 96 prozentigem Alkohol), Alkohol von verschiedener Konzentration (65 und 96 prozentig Benzin und zum Vergleich 2 und 3 prozentige Karbolsäurelösung. Für die Hautdesinfektionsversuche nahm Verf. sterilisierte Wattebäusche von der Grösse, dass sie in Reagenzgläser gerade hineingebracht werden konnten, und fuhr damit, indem er sie mit steriler Pinzette fasste, 4 mal auf der menschlichen Haut hin und her, zunächst auf der nicht desinfizierten Haut, dann auf der mit den oben angegebenen Desinfektionsflüssigkeiten bepinselten Haut — es wurden dabei immer möglichst gleichwertige



Hautstellen (Vorderarme des Verf. und des Laboratoriumsdieners) gewählt. — Die Wattebäusche wurden dann in Nährbouillon gebracht und wie die Granaten weiterbehandelt. Das Resultat der Granatversuche ist, »dass dem in der Jodtinktur enthaltenen Jod eine ausgesprochene keimtödende und wachstumshemmende Wirkung zukommt, welche die des in ihr enthaltenen Alkohols weit übertrifft.« Die Hautdesinfektionsversuche ergaben, dass die Pinselung mit Jodtinktur eine beträchtliche Herabsetzung der Keimabgabefähigkeit der Haut bewirkt und zwar eine grössere als die Pinselung mit 65 oder 96 prozentigem Alkohol. Jodtinktur mit 70 prozentigem Alkohol, die Verf. in Anbetracht der Erfahrung, dass 60—70 prozentiger Alkohol besser desinfiziert als 96 prozentiger, anwandte, war der offizinellen Jodtinktur gleichwertig. **Stoffel**-Heidelberg.

3) **Quadrone** (Turin). È possibile provocare una reazione del midollo osseo mediante iniezioni di diverse sostanze nel canale midollare? (Gazzetta internazionale di medicina e chirurgia. 1911. Nr. 2.)

Verf. untersuchte experimentell das Verhalten des Knochenmarkes gegenüber einigen direkt in den Markkanal eingeführten Substanzen wie isotonischen, hypo- und hypertonischen NaCl-Lösungen, Eisen- und Arseniklösungen, nach der französischen Schule hergestellten hämolytischen und hämatopoetischen Sera. Durch diese Versuche wollte er feststellen, ob ein einfacher lokaler Reiz imstande ist, zu einer das ganze Knochenmark des tierischen Organismus übersteigenden erythropoetischen und leukopoetischen Tätigkeit anzuregen. Die Experimente ergaben, dass das Knochenmark stets und in ausser Verhältnis stehender Weise auf die Einführung hämolytischer Flüssigkeiten in die Markhöhle reagiert.

Hierdurch lässt sich vielleicht die gute Wirkung des Aderlasses in einigen Chlorosefällen und die wohltätige Wirkung der X-Strahlen bei bestimmten Erkrankungen der hämatopoetischen Organe erklären; d. h. die Röntgenstrahlen wirken bei der Leukämie und Pseudoleukämie nicht so sehr durch ihre auflösende Wirkung auf die neugebildeten Elemente, als dadurch, dass sich aus einer Vernichtung morphologischer Elemente des Blutes im Kreislauf und in den hämatopoetischen Organen eine übermässige Blutregeneration ergeben kann, in der gleichen Weise, wie ein in den tierischen Organismus injiziertes hämolytisches Serum darin zuerst eine Vernichtung von Erythrozyten und darauf eine mit einer mehr oder weniger lebhaften Leukopoëse einhergehende Neubildung von roten Blutkörperchen bedingt. **Buccheri**-Palermo.



4) **Almagioi e Taxa** (Rom). Ricerche sull'azione difensiva della stasi. (Il Policlinico. Sez. chir. 1910. fasc. 5.)

Die Verff. untersuchten die Wirkungsweise der Stauungshyperämie mit Hülfe der Injektion im Stauungsterritorium von Methylenblau, dessen Absorption an der Ausscheidung durch die Nieren erkenntlich ist. Dabei fanden sie, dass die Stauung imstande ist, den Eintritt des gewöhnlichen Methylenblaues, welches toxisch ist, in den Kreislauf zu verhindern; ausserstande dazu ist sie dagegen, wenn es sich um offizinelles Methylenblau handelt. **Buccheri**-Palermo.

5) **W. His.** Die Behandlung der Gicht und des Rheumatismus mit Radium. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 5.)

Eine gründliche, sorgfältige, wohl abgewogene Studie über die Wirkung des Radiums auf diese Erkrankungen. Von 128 Fällen (100 chron. Rheumatismus, 28 Harnsäuregicht) wurden 47 Rheumatismen gebessert, 29 erheblich gebessert, 5 nahezu geheilt, 13 blieben ungebessert, bei 6 entzog sich der Erfolg der Beurteilung. Am günstigsten sind Fälle, die noch nicht zu lange dauern, bei denen in der Hauptsache Schwellung und Infiltration der Gelenkkapsel besteht. Aber auch die trockenen Formen mit Degeneration der Knorpel und Beteiligung der Muskeln erleben oft Besserungen. Auch die ätiologisch unklaren Myalgien, oft gichtischer Natur, werden gut beeinflusst. Von den 28 Gichtikern blieben 4 ungebessert, 24 erlebten beträchtliche Erleichterung. Die Harnsäure verschwindet meist bald aus dem Blute. Die Anwendung bestand in der Trink- und der Inhalationskur, teilweise auch in der Injektionskur. Der bei der Gicht verlangsamte Purinstoffwechsel wird unter Radiumwirkung bald ein normaler. Das Radium wirkt also nicht bloss auflösend, entzündungshemmend und schmerzlindernd, sondern auch spezifisch auf die Stoffwechselvorgänge. Die Auswahl der Fälle ist besonders wichtig. Nicht zu alte und zu schwer veränderte Fälle! Je frischer, desto besser. Beim chronischen Rheumatismus ist die Diät nicht so wichtig neben der Radiumkur, bei der Gicht jedoch zweifellos. Mit einem Ausblick auf die Arbeiten vieler Forscher, die auf diesen Gebieten gerade mit Eifer tätig sind, schliesst die interessante Arbeit. **Hohmann**-München.

6) **Felix Mendel.** Die Emanationstherapie mittels intramuskulärer Radiogeninjektionen. (Deutsche Med. Woch. 1911, Nr. 3.)

Die Radiogengesellschaft Charlottenburg hat auf Mendels Ver-



anlassung Radiogenampullen in den Handel gebracht, die zur Injektion verwendet werden können. Die subkutane Einspritzung reizt bisweilen etwas, die intramuskuläre ist reizlos. Schäden hat M. nie gesehen. Jeder Patient erhielt 6—10 Injektionen, meist an zwei aufeinderfolgenden Tagen eine, am dritten wurde ausgesetzt. Injektionsstelle die Glutäen oder eine Muskelgruppe in der Nähe des Krankheitsherdes, doch in einzelnen Injektionen möglichst weit voneinander entfernt gemacht. Bei Arthritis deformans, Gicht, rheumatischen Schmerzen sah er z. T. wesentliche Besserungen, bei Neuralgien keinen deutlichen Erfolg. Die anatomischen Gelenkveränderungen wurden nicht beeinflusst. Bisweilen verband er deshalb die Radiumkur mit der Fibrolysinkur.

Hohmann-München.

7) **Joachimsthal.** Die Fürsorge der Stadt Paris für Kinder mit Knochen- und Gelenktuberkulose. (Berl. klin. Woch. 1911. No. 8.)

J. schildert ausführlich die musterhafte und grosszügige Fürsorge von Paris auf diesem wichtigen und dankbaren Gebiete, das aus kleinsten Anfängen entwickelte grosse Seehospital in Berck sur mer, das 1100 Kranke aufnehmen kann. Hier werden alle Arten und Stadien der Knochen- und Gelenktuberkulose behandelt. Die Ausgaben der Stadt Paris betrugen 1908 pro Kopf und Tag 3,44 Francs, 1909 3,40 Francs. Die vortrefflichen Resultate zeitigten neue Gründungen Privater, James Rothschild und Anderer. Gegenüber der in Berck gebräuchlichen Behandlung mit Liegekuren vertritt J. sicherlich mit Recht die bei uns eingebürgerte Verwendung der entlastenden und fixierenden Gehverbände und Gehapparate. Alles in allem aber hat Paris ein Muster aufgestellt für die ganze Welt zur Nachahmung. **Hohmann**-München.

8) **Eugen Jacobsohn**-Charlottenburg. Einfache passive Gelenkbewegungsapparate. (Deutsche Med. Woch. 1911, Nr. 11.)

J. beschreibt einen einfachen Apparat zur passiven Gelenkbewegung, der im wesentlichen aus einem um eine Achse im Halbkreis drehbaren Grundbrett besteht, an das die Extremität befestigt wird. Durch Gewichte auf der einen Seite und Zug bezw. Treten auf der anderen Seite geschieht die Bewegung. Die Apparate sind sinnreich, sind einfach und nicht teuer, und eignen sich deshalb für Behandlung im Hause des Patienten. **Hohmann**-München.



9) **Flebbe**. Ein neuer Extensionsapparat Multiplex. (Berl. klin. Woch. 1911, No. 10.)

Zum Ersatz für die an manchen Betten schwer anzubringenden Rollenextensionsvorrichtungen gibt F. einen Apparat an, der aus einer Welle besteht, um die ein Zugseil gewickelt ist. Zwei Sperrer an einem Zahnrad verhindern das Zurückschnellen der Welle. Die Welle wird am Fussbrett des Bettes bezw. an einem beliebigen Stück Holz angeschraubt. Auch am Gehbügel eines Gehgipsverbandes z. B. bei Schenkelhalsfraktur lässt sich mit dieser Vorrichtung ständige Extension ausüben. Der Mangel ist m. E. die Unmöglichkeit, die Grösse der Extension irgendwie festzustellen, denn zum Zwischenschalten etwa einer Federwage wird die Distanz zwischen Fuss und Fussbrett in den meisten Fällen nicht ausreichen. **Hohmann**-München.

10) **Th. Voeckler**. Ueber Nagelextension. (Deutsche Med. Woch. 1911, Nr. 2.)

V. hat gute Erfahrungen mit der Methode gemacht, die er an einigen Frakturen erläutert. Er empfiehlt den einfachen langen runden Nagel, an dem seitlich Schrauben angesetzt werden. Für Oberschenkelbrüche hat er 25—30 Pfund, für den Unterschenkel 20—25 Pfund, für die obere Extremität 10—20 Pfund angewandt. Er nahm die Nagelung in einem leichten Aetherrausch vor. Indiziert ist die Methode nach seiner Erfahrung bei komplizierten Oberschenkelfrakturen, bei schweren unkomplizierten Oberschenkelfrakturen (Stückbrüchen), bei komplizierten Unterschenkel- und Unterarmbrüchen, schweren Humerusdiaphysenfrakturen (Stückbrüchen), veralteten mit Verkürzung geheilten Frakturen nach Refraktion.

Hohmann-München.

11) **Peltesohn**. Erfahrungen mit der subkutanen Arthrodese. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 5.)

P. teilt die Erfahrungen mit, die in der Joachimsthalschen Poliklinik mit der Badeschen Knochenbolzung paralytischer Gelenke mit Elfenbeinstiften an drei Fällen gemacht wurden. Zweimal wurde das Fussgelenk, einmal das Kniegelenk gewählt. Zweimal brachen nach längerer Zeit plötzlich die Stifte, einmal durchbrach ein Stift die Corticalis der Tibia an einer schwachen Stelle und musste, um Hautperforation zu verhüten, herausgezogen werden. In keinem der Fälle wurde Ankylose des Gelenkes erzielt, in einem Falle wurde die Ankylosierung des Kniegelenks durch die typische Resektion nach Entfernung der gebrochenen Stifte vorgenommen. In diesem



Falle waren die Bolzen, 5 Monate nach der Operation, an der Stelle des Gelenkspaltes stark usuriert, das Gelenk selbst zeigte in keinem der Fälle eine reaktive Entzündung nach der Bolzung, infolge deren eine Versteifung eingetreten wäre. **Hohmann**-München.

12) **Abrashanoff** (Toltarva). Plastische Methode der Schliessung von Fistelgängen, welche von inneren Organen kommen. (Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 6. S. 186.)

A. bildet aus dem benachbarten Gewebe einen gestielten Lappen und führt ihn nach Anfrischung der Fistel, mit der Spitze voran bis zum Grunde des Fistelgangs, so dass der ganze Kanal vom Lappen ausgefüllt ist. Zur Verhinderung des Wegrückens wird der Lappen an mehreren Stellen mit den Fistelwänden vernäht. (Es wird wohl kaum jedesmal gelingen den Lappen bis zum Grunde des Fistelgangs zu führen, und selbst dann ist die Gefahr der Sekretstauung, wenn sie auch A. bei seinen 3 Fällen nicht beobachtet hat, doch vorhanden. — Ref.) **Natzler**-Heidelberg.

13) **Amrein** (Richterswil - Schweiz). Resultate bei operativer Pseudarthrosen- und Frakturenbehandlung mit Elfenbeinstiften. (Fortschr. auf dem Geb. der Roentgenstrahlen. XVI. Bd. S. 119.)

Verf. berichtet über die Erfolge der Knochenbolzungen mittels Elfenbeinstiften, die er mehr als 20 Jahre lang im Krankenhaus zu Aarau bei traumatischer Affektion der langen Röhrenknochen anwandte. Er schildert, nach einem einleitenden geschichtlichen Ueberblick, zunächst die in der dortigen Krankenanstalt angewandte Technik der Operation; der Eingriff nimmt im grossen und ganzen den nämlichen Verlauf, ob er nun bei offenen oder geschlossenen Frakturen, oder bei Pseudarthrosen zur Anwendung kommt. Die Bruchenden werden durch kräftigen Zug am unteren Fragment distrahiert, — bei Pseudarthrosen werden die Bruchenden angefrischt, bei stark gezackten Frakturenden werden durch schmale Resektionen glatte Flächen zwecks späteren besseren Aneinanderpassens geschaffen, — und nun wird der Stift durch einige Hammerschläge in die Markhöhle des einen Bruchendes getrieben, sodass er mit seinem freien Ende mindestens noch 2 cm hervorragt, dann wird die Markhöhle des anderen Fragmentes über das freie Stiftende gebracht. Das Periost über der Bruchfläche muss stets vernäht werden. Darauf Anlegen eines Gipsbindenverbandes, der bis zur Nahtentfernung (bei reaktionslosem Verlauf in der 4. — 5. Woche post



operationem) liegen bleibt. Die Stifte werden bei Unterschenkel- und Oberarmbrüchen 4 — 8 cm lang und 6 — 10 mm dick gewählt, beim Oberschenkel werden möglichst lange Stifte genommen. Die Stifte werden ausgekocht und in 1 ‰ Sublimatlösung steril aufbewahrt.

19 Pseudarthrosen wurden in dieser Weise behandelt; bei allen trat die Wundheilung per primam intensionen ein. Bei einem Fall trat später durch Sturz eine Refraktur mit darauffolgender eitriger Abstossung des Stiftes ein. In 4 Fällen war der Fortschritt der Konsolidation ein so langsamer, dass nach 2 — 3 Monaten post operationem noch keine Belastungsversuche vorgenommen werden konnten. Man nahm hier eine geringe Toleranz des Organismus gegenüber dem Fremdkörper an und extrahierte deshalb den Stift. Weder Eiterung noch Sequesterbildung liessen sich in diesen Fällen nachweisen; es versagte nur der sonst fast nie ausbleibende osteoplastische Reiz.

Ferner kam das Verfahren bei 10 Fällen von deformer Heilung zur Anwendung, in 8 Fällen mit funktionell sehr günstigem, in 2 mit immerhin befriedigendem Resultat; in 4 Fällen wurden wegen nachfolgender Fistel- und Abszessbildung die Stifte extrahiert.

Von 24 schweren renitenten Frakturen ergaben fast alle Fälle nach dieser Behandlung sowohl anatomisch als auch funktionell recht günstige Resultate, obwohl es auch hier bei mehreren zur Fistelbildung kam. Von den renitenten Oberschenkelfrakturen kamen 2/3 zur Operation, nachdem sie über 1 Monat ohne Erfolg in der Extension gelegen hatten.

Schliesslich wurden noch 17 frische Fälle (11 Fracturae apertae, 6 subcutaneae) mittels der Bolzung behandelt; meist wurden die Stifte in den ersten 3 Tagen nach dem Unfall eingeführt, z. T. kombinierte man die Methode mit Steinmannscher Nagelextension.

Fälle von über 10 Jahre zurückliegender Bolzung zeigen, dass die Elfenbeinstifte vollkommen resorbiert werden; andere lassen keine Resorption erkennen.

In diesen 70 Fällen wurde eine geringe Verzögerung der Knochenheilung konstatiert, die Konsolidationsdauer überstieg am Vorderarm die durchschnittliche Normalfrist um 1 Woche, bei Frakturen beider Unterschenkelknochen um 2 Wochen, am Oberschenkel 1/2 Woche (jugendliche Patienten). Die Nachbehandlung nach der Konsolidation bestand in Massage und mechanotherapeutischen Massnahmen.

Stoffel-Heidelberg.



14) **Max Böhm.** Ueber die Rachitis als ursächliches Moment für die Rückgratsverkrümmungen. (Berl. klin. Woch. 1911. No. 6.)

B. beschreibt die Präparate der so häufigen in früher Kindheit durch floride Rachitis entstandenen Kyphose im lumbodorsalen Abschnitt der Wirbelsäule. Das Auffälligste ist der gibbusartige Knick in der Gegend des XII. Brustwirbels, die Abflachung der physiologischen Lendenlordose und bisweilen der normalen Brustkyphose. Die Spongiosa der Wirbelkörper ist fleckig aufgehellt, die Konturen unscharf, ausgefranst, der XII. Brustwirbel zeigt eine Delle wohl von einer Infraktion. Durch den Gehalt, die Beckenneigung und Lendenlordose tritt im späteren Leben die Kyphose nicht mehr so stark hervor. Als Spuren sieht man: Abflachung der Gesamtwirbelsäule oder leichte lumbodorsale Kyphose mit Reklinierung der Brustwirbelsäule oder runde Kyphose (runder Rücken) mit Scheitel am XII. Brust- oder I. Lendenwirbel oder auch in manchen Fällen eine zervikodorsale Kyphose. Auch laterale Abweichungen rachitischer Natur sind neben den anteroposterioren Formen der Abknickung nicht selten zu sehen. Hier zeigen die Präparate Keilformen der Wirbel. Oft entdeckt man erst später bei den lumbodorsalen Kyphosen die gleichzeitig bestehende Skoliose. Die Skoliosen von rein runder Bogenform rachitischen Ursprungs beruhen meist auf einer Deformierung nicht nur des Wirbelkörpers, sondern des ganzen Wirbelgebildes einschliesslich der Bögen, daher die Torsionen. B. fasst seine Anschauung, die auf der Erfahrung beruht, zur Zeit jedoch noch nicht statistisch fundiert werden kann, dahin zusammen, dass den Hauptanteil an der Entstehung der wirklichen Skoliosen neben kongenitalen Veränderungen der Wirbelsäule die Rachitis hat und dass die habituelle Schulskoliose der Vergangenheit angehört.

Hohmann-München.

15) **Putti** (Bologna). Genesi non infrequente di scoliosi lombo-dorsale. (Rivista ospedaliera. A. 1, Nr. 6.)

Putti beschreibt einen Fall von sakrolumbarer Skoliose, bei dem es ihm auffiel, dass die Deformität des Rückgrates nach extraspinalen Schmerzen auftrat (Scoliosis ischiatica, durch Furunkel etc.). Pat. gab den Sitz des Schmerzes drei Finger breit über dem linken Darmbeinkamm in der Seitenlinie des Rumpfes an. Die Radiographie der Lendenkreuzwirbelsäule und die Röntgenaufnahme entsprechend dem grössten Schmerz liessen nichts Anormales erkennen. Die



renale Radiographie dagegen wies einen grossen Stein des Nierenbeckens nach.

Die Diagnose lautete somit auf Reflexskoliose, auf eine Deformität durch Schmerz.

Der Stein wurde entfernt, aber einen Monat nach der Operation hatte sich die Rückgratsdeformität noch nicht korrigiert.

Buccheri-Palermo.

16) **Otto Rothschild**-Frankfurt. Ueber funktionelle Heilung der Cucullarislähmung mittels freier Fascienplastik. (Deutsche Med. Woch. 1911, Nr. 2.)

Zum Ersatz des Cucullaris, der von dem bei Drüsenoperationen am Hals oft verletzten Accessorius versorgt ist, hat R. eine interessante Operation mit Erfolg ausgeführt. Er entnahm der Oberschenkelfascie einen 20 cm langen, 4—5 cm breiten Fascienlappen, legte am Rücken des Patienten einen 25 cm langen Schnitt schräg vom medialen Skapulawinkel bis zur Mittellinie der Lendenwirbelsäule an, nähte den Fascienlappen mit seinem einen schmalen Ende am medialen oberen Skapulawinkel bezw. am Supraspinatus an, führte ihn durch eine Tunellierung unterhalb des Cucullaris durch und nähte die andere Schmalseite am Ansatz des Latissimus dorsi an der Wirbelsäule fest. Der Lappen wirkte als ein Zug an der Scapula, näherte sie der Wirbelsäule, von der sie durch die Cucullorislähmung abgewichen war, zog die nach vorn hängende Schulter nach rückwärts und drehte das Schulterblatt um seine sagittale Achse. Dadurch war es möglich, den Arm leicht über die Horizontale bis zur Vertikalen zu heben. Notwendig ist, den Lappen unter richtiger Spannung, d. h. nach passiver Zurückbringung des abgewichenen Schulterblatts an seinen Platz zu fixieren. Der von R. so operierte Fall zeigte einen guten Erfolg.

Hohmann-München.

17) **Fabri** (Mailand). Frattura di metà del manubrio dello sterno da violenta contrazione muscolare. (Rivista medica. A. XIX, Nr. 3.)

Die Fraktur in dem mitgeteilten Fall betraf die rechte Hälfte des Brustbeins, interessierte die ganze Dicke des Brustbeines und hatte die Form eines L. Bedingt wurde sie durch einen plötzlichen, heftigen Zug an dem rechten Arm, welcher allein das Gewicht des frei über seinem Abgrund schwebenden Körpers halten musste, und gleichzeitig vielleicht durch die plötzliche Extension des Kopfes nach



hinten, um das Gesicht vor wahrscheinlichen Stössen gegen die Wände der Grube zu bewahren. Die Fraktur heilte glücklich durch einfache Anlegung einer Bandage. **Buccheri**-Palermo.

18) **Barnabò** (Venedig). Contributo allo studio delle fratture delle cartilagini costali. (Il Policlinico, Sez. chir. 1911. fasc. 3.)

Verf. teilt die Krankengeschichte eines 37 jährigen Mannes mit, welcher bei einem Unfall eine Läsion entsprechend dem Knorpel der 7. Rippe erlitt. Er macht darauf aufmerksam, dass Geschlecht und Alter eine grosse Bedeutung für das Zustandekommen der Rippenknorpelfrakturen besitzen, und unter Berücksichtigung speziell der chemischen und histologischen Veränderungen der Knorpel bestimmt er den Mechanismus, der in dem speziellen Fall die Läsion verursacht haben kann. Schliesslich bespricht er noch den histologischen Heilungsprozess der Knorpelfrakturen und leitet daraus ein einfaches Kriterium für die Therapie ab. **Buccheri**-Palermo.

19) **Müller** (Stassfurt-Leopoldshall). Ein Fall von progressiver Rippenknorpelnekrose (Perichondritis costalis tuberculosa). (Med. Klinik 1911, Nr 1. S. 20.)

Kasuistischer Beitrag. Bei einem 58 jährig. Manne entstand die Affektion nach einer vor ca. 3 Jahren vorgenommenen Gallensteinoperation. Sie begann am rechten Rippenbogen mit einer Anschwellung, die zur Abszessbildung führte, an die sich die Nekrose eines Knorpelabschnittes anschloss. Die Affektion zeigte dann weiter den typischen fortschreitenden Charakter, indem sie nacheinander verschiedene Rippen der gleichen Seite ergriff, dann auf die andere Seite überging. Nach einer Anzahl von Operationen, die sich über einen Zeitraum von 2 ½ Jahren verteilten, kam das Leiden zur Ausheilung. Nach M. ist die Mehrzahl von progressiven Rippenknorpelnekrosen tuberkulöser Natur, mit Ausnahme der Fälle, die sich an akute Infektionskrankheiten anschliessen. Für seinen Fall nimmt M. drei ätiologische Momente an: Trauma des Rippenbogens bei der Gallensteinoperation, Locus minoris resistentiae (degenerative Vorgänge im Rippenknorpel) und ein tuberkulöses Virus, wahrscheinlich von einem älteren Herd auf dem Blutweg verschleppt. Die Behandlung ist immer chirurgisch. **Natzler**-Heidelberg.

20) **Lotsy** (Kairo). Radiographischer Nachweis einer Bursitis subdeltoidea. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen XVI. Bd. S. 158.)

Verf. fand bei einem seit längerer Zeit an Schmerzen im



Schultergelenk leidenden Pat., bei dem nach einer sehr kräftigen Bewegung eine starke Verschlimmerung plötzlich auftrat, folgenden radiologischen Befund: Ueber dem oberen Rande des Humeruskopfes und dem Collum anatomicum, den Knochen überragend, ein ovaler hellerer Schatten, in dem sich auf dem Knochen zwei schwarze rundliche Schatten finden, während ein dritter tiefer Schatten etwas seitlich dem glatten Rande des Knochens gegenüber liegt. Verf. stellte, da diese Schatten der Lage der Bursa subdeltoidea entsprachen, die Diagnose Bursitis subdeltoidea, Erguss (hellerer Schatten) in der Bursa mit Ablagerung von Salzen (schwarze Schatten): Bursitis subdeltoidea arthritica mit Erguss, und er begründet seine Diagnose näher. Der Erfolg der dieser Annahme entsprechenden Behandlung bestätigte die Diagnose. **Steffel**-Heidelberg.

21) **Serafini.** Costa cervicale. Fenomeni di compressione del plesso brachiale, tic del collo: Resezione estraperiostea della costa. (Archivio di ortopedia 1910, No. 6.)

Klinischer Fall, in dem die Operation zur vollständigen Heilung sämtlicher Erscheinungen seitens des Armes, der Schmerzen, Krämpfe, Parästhesien etc. führte, während das Zucken des Halses nur leicht gebessert wurde. **Buccheri**-Palermo.

22) **Schmidt** (Kiel). Ueber die Prognose der Luxatio humeri und Luxatio antibrachii posterior. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1911. Bd. 109, S. 20 ff., 13 Abb.)

Sch. hat seine Untersuchungen an dem Material der Kieler chirurgischen Klinik in den Jahren 1900—1908 angestellt. Bezüglich der Schulterluxation kommt er, im Gegensatz zu Küttner, der nach seinem Bericht auf dem Chirurgenkongress 1908 zu einem unerfreulichen Resultat gelangte, zu einer optimistischen Auffassung hinsichtlich der Prognose. Er hat 81,5 % Heilungen (dabei soll aber doch nicht vergessen werden, dass aus äusseren Gründen von den 92 Fällen nur 27 untersucht wurden!). Er ist im übrigen der Meinung, dass eine allzu energische Nachbehandlung die Prognose trübt. In Kiel wird nur auf 10—14 Tage lose fixiert und dann leichte Streichmassage angewandt. Auch bei der Ellbogenluxation nach hinten hat Sch. befriedigende Resultate gesehen (69 % Heilung). Dass die bei der Affektion oft auftretende komplizierende Myositis ossificans stets eine günstige Prognose habe, bezweifelt er, die Ursache der Myositis liegt nach Sch. nicht etwa in der Reposition, sondern im Repositionsverfahren. Er warnt deshalb vor



übertriebener Hyperextension. Auch die Nachbehandlung dürfe nicht zu energisch sein. **Natzler**-Heidelberg.

23) **Giovannetti** (Bologna). Importanza del movimento di rotazione interna dell'avambraccio nella riduzione della lussazione posteriore del gomito. (Archivio di Ortopedia, A. XXVIII, fasc. 1.)

Durch Leichenversuche und die Beschreibung von klinischen Fällen, denen Röntgenaufnahmen beigegeben sind, möchte Verf. eine praktische Beobachtung von Prof. Poggi-Bologna erläutern. Er hat bemerkt, dass, wenn bei der Luxation des Ellenbogens nach hinten der Vorderarm nach aussen rotiert wird, die Reposition unmöglich ist; dagegen ist dieselbe äusserst leicht bei Rotation nach innen. **Buccheri**-Palermo.

24) **Sinibaldi** (Florenz). Sul così detto cerchiaggio delle fratture recenti dell'olecrano. (Archivio di Ortopedia A. XXVIII, fasc. 1.)

Verf. berichtet über einen Fall von subkutaner Fraktur des Olecranon und zwar des mittleren Teiles durch direkte Gewalteinwirkung, die durch Eröffnen des Herdes und Metallnaht der Fragmente behandelt wurde. **Buccheri**-Palermo.

25) **Pollnow und Levy-Dorn.** Angeborene Verwachsung von Radius und Ulna. (Berl. klin. Woch. 1911, No. 10.)

Beschreibung eines Falles. 42 jähr. Herr, der seit Geburt an beiden Armen diese Bewegungsstörung hat. Sein Vater soll sie an einem Arm gehabt haben. Auf seine Kinder hat er sie nicht vererbt. Die Vorderarme sind proniert, können nicht supiniert werden. Bei vollkommener Flexion im Ellenbogen berührt der Handrücken den Oberarm. Durch ausgiebigere Bewegungsmöglichkeit im Handgelenk wird die Bewegungsbeschränkung etwas kompensiert. Röntgenbefund: Die proximalen Enden von Radius und Ulna sind auf $5^1/_2$ cm aneinander gewachsen, die Knochenbälkchen gehen von einem Knochen in den anderen über. Am distalen Teil der Synostose hat jeder Knochen an der Berührungsstelle noch seine Kortikalis. Im Bereich der Verwachsung am proximalen Ende zeigen beide Knochen grosse osteoporotische Stellen. Im Dorsalbild sieht man feine Knochenbälkchen über den Gelenkspalt vom Radius zum Humerus ziehen, es scheint eine Knochenschale um die Beuge des Gelenkes zu gehen, die auffallenderweise die Beugung nicht behindert. Am Handgelenk springt die Ulna beim Aufliegen der Vola der Hand dorsal hervor. — Der Arbeit sind 4 instruktive Röntgenbilder beigegeben. **Hohmann**-München.



26) **Schaefer.** Die Linkshänder in den Berliner Gemeindeschulen. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 7.)

Den Orthopäden interessiert diese Frage, die neuerdings recht lebhaft erörtert wird, natürlich ganz besonders. Der Schularzt Schaefer hat zur statistischen Erfassung der bestehenden Verhältnisse an 18 000 Schulkindern eines Berliner Bezirks Fragezettel für die Eltern verteilt. Linkshänder waren 4,06 % und zwar 5,15 % aller Knaben und 2,98 % aller Mädchen. Ambidextere waren 0,21 % ohne wesentlichen Unterschied der Geschlechter und Rechtshänder waren 95,73 %. Die Zahl der Linkshänder steigt von der Oberstufe der Klasse zur Unterstufe erheblich, da ja auch die Schülerzahl erheblich steigt. Vererbung von Eltern auf Kinder bestand in 111 Fällen = 16 % aller Linkshänder, von Grosseltern auf Enkel in 57 Fällen = 8,23 %, von Grosseltern auf Eltern und von da wieder auf Kinder in 17 Fällen = 2,45 %, bei Blutsverwandten, Onkel, Tante, Vettern, Basen, in 232 Fällen = 33,52 %. Der Rechtshänder schläft mehr auf der rechten Seite, die linke bei ihm mehr beanspruchte Hirnhälfte liegt dabei höher, das venöse Blut fliesst besser ab. Beim Linkshänder ist das umgekehrt. Rechtshänder: Unbestimmte Lage (Rückenlage) 45,7 %, Rechtslage 38,2 %, Linkslage 16,1 %. Linkshänder: Unbestimmte Lage (Rückenlage) 49,7 %, Rechtslage 22,4 %, Linkslage 27,9 %. Bei Linkshändern bestehen in 2,3 % Sprachstörungen, das ist häufiger als im allgemeinen. Linkshänder schreiben auch häufiger Spiegelschrift als Rechtshänder. Auch die verschiedenen Theorien der Entstehung der Links- bezw. Rechtshändigkeit werden eingehend und z. T. geistvoll beleuchtet.

Hohmann-München.

27) **Kienböck** (Wien). Ueber Luxationen im Bereiche der Handwurzel. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XVI, S. 103.)

Verf. stellt Betrachtungen über die drei theoretisch möglichen Verrenkungsformen im Bereiche der Handwurzel, deren reine Formen selten, deren unreine dagegen häufiger gefunden werden, an; er fügt auch einige Fälle eigener Beobachtung hinzu. Er beschäftigt sich in dieser Arbeit vorwiegend mit den dorsalen Luxationen und bezeichnet die zwischem dem Lunatum und den um dieses gruppierten Karpalknochen auftretenden Verrenkungen als perilunäre Luxationen, deren Varietäten er, je nachdem welche Knochen mit luxiert oder auch frakturiert sind, entsprechend benennt (z. B. transnaviculo-perilunäre Frakturluxation der Hand). Er bringt je einen neuen Fall von isolierter volarer Luxation des Lunatum und von Dorsal-



uxation des Metakarpus in unreiner karpo-metakarpaler Gelenklinie (Luxationslinie am Daumen zwischen Multangulum majus und Naviculare, Fraktur des Multangulum minus, Kantenabsprengung des Kapitatum). **Steffel**-Heidelberg.

28) **Segrè** (Turin). Pseudo-lussazione cubito-carpica. (Il Policlinico, Sez. prat. 1910. fasc. 50.)

Klinischer Fall mit Röntgenaufnahmen, welcher die grosse Häufigkeit der Fraktur des unteren Endes des Radius und die Schwierigkeit der Differenzierung derselben von der Luxatio cubito-carpica bestätigt. **Buccheri**-Palermo.

29) **Kienböck** (Wien). Ueber traumatische Malazie des Mondbeins und ihre Folgezustände: Entartungsformen und Kompressionsfrakturen. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XVI, S. 77.)

Verf. kommt auf Grund seiner eingehenden Studien an zahlreichen Fällen aus der Literatur und an 16 eigener Beobachtung, die teils anatomisch, teils autoptisch bei Operationen, teils radiologisch beobachtet wurden, zu folgenden Schlüssen:

1. Sowohl isoliert als auch in Kombination mit analoger Veränderung des Naviculare oder mit Bruch von Naviculare, Triquetrum, Epiphyse des Radius, Processus styloides der Ulna gibt es eine eigentümliche traumatische Erkrankung des Lunatum. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um eine durch Kontusion oder Distorsion des Handgelenkes (speziell im Sinne einer perilunären Dorsalluxation) und damit verbundene Bänder- und Gefässzerreissungen hervorgerufene Ernährungsstörung des Knochens, eine Erweichung und darauffolgende Porose, bezw. Sklerose mit allmählicher Abschleifung des proximalen Teiles und schliesslich Zerfall des Knochens. Fissur oder Fraktur beim Trauma ist möglich, meist aber sind es Spontanfrakturen des bereits erkrankten Knochens.

2. Dies gilt vom Lunatum bipartitum, Zerfall in ein volares und ein etwa gleichgrosses dorsales Stück, und vom Lunatum partitum, Zertrümmerung des proximalen Teiles, Formen, die bisher von den Anatomen als Varietäten, von den Chirurgen als Kompressionsfrakturen angesehen wurden; Epilunatum und Hypolunatum sind primäre Absprengungen des Lunatum, Verletzungen, die ziemlich beschwerdelos und ohne fortschreitende Erkrankung sind.

3. Die Diagnose wird nicht durch die klinische, sondern nur durch die radiologische Untersuchung gestellt. Flächenaufnahmen



zeigen Form- und Strukturveränderungen (Erweichung, Atrophie, Defekte, Sklerosierung, Abflachung), Kantenaufnahmen lassen die Abflachung (Abschleifung, Kompression) erkennen.

4. Die klinische Diagnose ist meist nicht sicher zu stellen.

5. Verlauf: Der Knochen wird immer mehr abgeschliffen; die Gelenkfläche des Radius wird lädiert, der Discus articularis zerstört ohne Weitergehen der Arthritis deformans auf benachbarte Gelenke. Eventuell Zerfall des Lunatum in mehrere Stücke.

6. Der Operationsbefund zeigt oft einen in mehrere durch lose Bandmassen verbundene Stücke zerfallenen proximalen Teil des Knochens und verdicktes gelbliches Bindegewebe im Radiokarpalgelenk. Der anatomische Befund post mortem ist der gleiche.

7. Die Erkrankung ist ziemlich häufig und macht erst in den Folgezuständen grössere Beschwerden. Die Veranlassung ist meist in einem weiter zurückliegenden schwereren Unfall zu suchen, während die Patienten sie meist auf eine kürzlich erlittene kleinere Verletzung zurückführen.

Zahlreiche Krankengeschichten mit ausführlich beschriebenen Röntgenbefunden, eingehende Zusammenstellungen über Wesen und Entstehung der Veränderungen des Knochens, über das Vorkommen der Krankheit bei Alter, Geschlecht, Berufsarten, über Diagnose Prognose, Therapie, erläutern die vom Verf. gefundenen Schlüsse Anschauliche Handzeichnungen des erkrankten Mondbeines und zahlreiche gute Röntgenphotographien illustrieren die Arbeit.

Steffel-Heidelberg.

30) **Hagensorm** (Kowno). Plastischer Ersatz der Mittelhandknochen durch die Phalangen. (Zentralbl. f. Chir. 1911 Nr. 3. S. 75. 3 Textzeichnungen.)

Zum Ersatz des bei schweren Quetschungen (bes. Dreschmaschinenverletzungen) zerstörten Mittelhandgerüstes, gibt H. ein originelles Verfahren an: Er schlägt einfach die erhaltenen Phalangen nach Entfernung der Fingernägel nach rückwärts um und bildet so ein neues Knochengerüst für die Mittelhand. Die Haut der Dorsalseite der Finger wird natürlich zur Wundbedeckung mitbenützt. Drei Skizzen erläutern die Ausführung der Operation.

Natzler-Heidelberg.

31) **Poulsen** (Kopenhagen). Der schnellende Finger. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 94, S. 657.)

Verf. bringt in seiner eingehenden Arbeit 19 Fälle eigener Be-

20*



obachtung der Krankheit, von denen er 5 operierte. Er stellt den Befund dieser 5 Fälle mit den durch Operation oder Nekropsie gewonnenen Befunden von 59 Fällen aus der Literatur zusammen und stellt die Veränderungen fest, die sich an der Sehne, der Sehnenscheide und dem Gelenk fanden. Er folgert daraus:

Der schnellende Finger rührt am häufigsten her von Veränderungen im vaginotendinösen Apparat, von Tumoren auf der Sehne (Fibrom, fibröse Wucherungen, Gefässtumor, durch Stichverletzung losgelöstes Sehnenstück der Sublimisbifurkation oder der Profuudnssehne, Verdickung der Sehne) oder Verengerungen in der Sehnenscheide (Verengerung der Scheide selbst oder Verengerung durch fibröse Bänder, Tumor, Fibrom, Granulationsgewebe, Villositäten), hier und da Veränderungen an beiden Stellen (Tumoren der Sehne mit Verengerung der Sehnenscheide, Tumor der Scheide mit Kompression der Sehne, tuberkulöse Knötchen, Granulationen, Fungus, Verdickung von Sehne und Scheide, hernienartige Ausstülpung der Scheide und Duplikatur der Sehne, Häkelnadel in der Scheide, die bei Bewegungen in die Sehne einhakt). Seltener handelt es sich um Gelenkveränderungen und zwar in dem Gelenk, welches das Symptom zeigt (Sesambeinchen im Gelenk, arthritische Veränderungen, Rauhigkeiten der Gelenkflächen, Veränderung der Seitenligamente der Gelenke).

Verf. sucht auch die Frage, wie der Sehnentumor, der in vielen Fällen mit und ohne Verengerung der Scheide gefunden wurde, entsteht, zu beantworten und kommt dabei zu folgendem Schluss:

Der Tumor kann durch Lösen der Sehnenbündel traumatisch (Stichwunde) entstehen; sind direkte Traumen ausgeschlossen, so kann er sich durch den Druck der Sehne gegen eine vorspringende Partie der Sehnenscheide bilden; sehr oft ist der Vorsprung eine Verengerung, kongenital oder erworben, hier und da durch Druck von aussen, z. B. bei der Arbeit erzeugt.

Die Erfahrung zeigt, dass die schweren Fälle operatives Eingreifen erheischen; Spaltung und Offenlassen der Sehnenscheide bei Verengerung dieser oder bei Tumoren, die ohne Sehnenresektion nicht entfernt werden können, Aufsuchen der Sehnentumoren und ihre Entfernung ergaben gute Resultate, besonders wenn im letzteren Fall die Sehnenscheide offengelassen wurde. Die leichteren vorübergehenden Fälle lassen sich durch Ruhigstellung des Fingers, Aussetzen der schädigenden Beschäftigung, Bäder, Umschläge, Massage oft günstig beeinflussen.

Stoffel-Heidelberg.



32) **Nastrucci** (Mailand). Contributo alla terapia delle fratture delle falangi. (Archivio di Ortopedia, A. XXVIII, fasc. 1.)

Nastrucci berichtet über die Methode, die er in der Klinik von Galeazzi für die Behandlung dieser Knochenläsionen hat anwenden sehen; d. h. die Applikation des direkten Zuges an dem Skelett mit Hülfe der Codivilla'schen Zangen, welche die Phalanx anhaken, um in dieser Stellung einen Apparat anlegen zu können, der die Fragmente der einzelnen Frakturen in guter Richtung und Beziehung hält. Die Fälle, in denen die Methode angewendet wurde, gaben ein vorzügliches Resultat. **Buccheri**-Palermo.

33) **Oberst** (Freiburg i. Br.) Typische Verletzungen der Schneeschuhläufer. (Aus der chir. Klinik zu Freiburg i. Br. — Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 8, S. 265 ff. Mit 10 Abbildg.)

Neben Verletzungen an den oberen Extremitäten — Schulterluxationen, Radius-, Humerus- und Klavikularfrakturen — hat O. besonders typische Frakturen an den unteren Extremitäten beobachtet. Luxationen im Hüftgelenk — wie beim Rodeln — wurden nicht beobachtet, nur einmal ein Torsionsbruch am Oberschenkel, dagegen häufig Torsionsbrüche am Unterschenkel. Stärkere Dislokation der Fragmente fehlt, wie O. ganz mit Recht bemerkt, durch die gewöhnliche Schienung der Beine des Schneeschuhläufers durch Wickelgamaschen u. ä. Tibia und Fibula zusammen sind seltener gebrochen, häufiger noch die Fibula allein. Bei schweren Distorsionen kommt es nicht selten zum Abriss kleiner Stückchen der Spitze des äusseren Malleolus. Zur Vermeidung dieser typischen Drehungsbrüche ist in erster Linie eine richtige Bindung der Schneeschuhe nötig. **Natzler**-Heidelberg.

34) **Schwahn** (Wiesbaden). Ueber das Krankheitsbild der schnellenden Hüfte. (Aus der Königl. Wilhelms-Heilanstalt zu Wiesbaden. — Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1911. 3. H. S. 123 ff.)

Zwei kasuistische Beiträge und eine Uebersicht über die Theorien des Wesens der schnellenden Hüfte. Bezüglich der Therapie empfiehlt Sch. beim Versagen der übrigen Behandlungsmethoden einen operativen Eingriff (Fixationen der Fascia lata nach Bayer z. T. am Trochanter, z. T. am Vast. extern.) **Natzler**-Heidelberg.

35) **H. A. Laan.** Caput deformatum femoris. (Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde 1911, No. 10.)

Laan hat 2 Fälle der schon von Ludloff beschriebenen Deformität behandelt. Der erste betraf ein 7 jähriges Mädchen mit



linksseitigem genu valgum und pes valgus. Rechts bestand eine Verkürzung von $1^1/_2$ cm, das linke Bein war atrophisch. Der rechte Trochanter stand 3, der linke 2 cm über der Roser-Nélatonschen Linie. Beugung und Streckung waren gehemmt, Schmerzpunkte fehlten. Radiographisch wurde links eine Coxa vara, rechts ein caput deformatum gefunden. Wegen Verdacht auf Tuberkulose wurde ein Gipsverband angelegt.

Der zweite Fall war wahrscheinlich nicht tuberkulöser Natur: Ein Mädchen wurde wegen doppelseitiger Hüftgelenksluxation behandelt. Die Behandlung war nicht erschwert, das Resultat schien gut. Ein Jahr später wurde das Kind nachuntersucht und da sich einige Abnormitäten — Trochanterhochstand, Bewegungshemmung usw. fanden, radiographiert. Dabei wurde rechts ein caput deformatum gefunden. L. meint, dass das caput deformatum mehrere Ursachen haben könne. Dabei sei in erster Linie an angeborene Hüftluxation, tuberkulöse Coxitis und Coxa vara zu denken.

Die Deformität wurde, wenn auch nicht sehr oft, so doch schon von mehreren Autoren, aber meist nur als erworben, beschrieben.

Waldenström hat einige Fälle beschrieben und einen tuberkulösen Herd im oberen Teile des Coll. femor. angenommen.

Bei Beschreibung von Fällen von Coxa vara wird das Caput deformat. nur selten gefunden. Weitere Untersuchungen werden das ursächliche Moment für das Leiden noch festzustellen haben.

C. B. Tilanus-Amsterdam.

36) **Ehringhaus.** Eine Prädilektionsstelle für Spontanfrakturen bei tuberkulöser Coxitis. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 11.)

Bei 6 Coxitisfällen aus der Joachimsthalschen Poliklinik traten typische Frakturen oberhalb des Knies am Femur bei z. T. sehr geringfügigen Anlässen auf, in den meisten Fällen bald nach Abnahme der Gipsgehverbände, aber auch bei Fällen, die ohne Behandlung geblieben waren. Im Röntgenbilde sieht man hochgradige Knochenatrophie. Auf ähnliche trophische Störungen bei Gelenkleiden wies schon Julius Wolff hin (bei Schulter- und Ellenbogenkaries und Handknochen). Es scheint also auch das untere Femurende eine solche Prädilektionsstelle zu sein. **Hohmann**-München.

37) **O. Uffredruzzi.** La coxa valga e i suoi rapporti colla lussazione dell' anca. (Archivio di ortopedia 1910, fasc. 6.)

Obwohl die Kenntnisse über die Coxa valga nicht so ausgedehnt



und vollständig sind wie diejenigen über die Coxa vara, ist es doch mit dem bereits bekannten Material möglich, eine Klassifizierung der verschiedenen Formen zu versuchen und begründete Hypothesen über die Pathogenese dieser Deformität aufzustellen, welche a priori bedeutend dunkler erscheinen kann als die entgegengesetzte Deformität. Auch nach dem therapeutischen Gesichtspunkt hin stehen die Resultate sicher nicht hinter denjenigen der Coxa vara zurück. Die verschiedenen Typen sind die sekundäre Coxa vara, beruhend auf einem pathologischen Faktor, von dem sie nicht die direkte, sondern nur die indirekte Folge ist, in deren Gruppe wir die statische Form (Belastungsdeformität), die traumatische, die kompensatorische und die symptomatische zusammenfassen; die primäre Coxa valga ist an keinerlei leicht nachweisbaren pathologischen Prozess gebunden; wir unterscheiden hier die primäre kongenitale Coxa valga und die sogenannte Coxa valga adolescentium oder primäre erworbene Form, welche die klinisch wichtigste und in ihrer Pathogenese am wenigsten bekannte Gruppe bildet. Sicher kann dieselbe nicht auf einen einheitlichen ätiologischen Faktor zurückgeführt werden, sondern auf verschiedenartige Ursachen, welche zu dem nämlichen Resultat führen, d. h. zur Vergrösserung des Neigungswinkels und so zu einem gut abgegrenzten und konstanten und auch für die Therapie, die durch die Schwere und die ausserordentliche Seltenheit der Affektion erheischt wird, sehr wichtigen Krankheitsbild Anlass geben. **Buccheri**-Palermo.

38) **Maragliano** (Genua). Nervenüberpflanzung von der einen Seite auf die entgegengesetzte. (Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 1. S. 5.)

Bei einem Fall von poliomyelitischer Lähmung führte M. folgende interessante Operation aus. Bei einem Kinde mit fast völliger Lähmung der ganzen r. unteren Extremität (es war nur Plantarflexion des Fusses uud der Zehen möglich) legte er am gesunden Bein, den Zweig für den vastus medialis frei und präparierte ihn bis zum Lig. Pouparti. Dann isolierte er rechts den ganzen N. cruralis und schnitt ihn 1 cm oberhalb des Lig. Pouparti durch. Durch das subkutane Fettgewebe der Reg. subprapubica wurde ein Tunnel gebohrt, der isolierte Zweig des l. Nerv. cruralis durchgezogen und mit feinstem Catgut an den peripheren Stumpf des rechten Cruralis genäht. Heilung pp. mit dem Resultat, dass das Kind nunmehr vollständig und ziemlich kräftig den r. Unterschenkel gegen den Oberschenkel strecken kann. **Natzler**-Heidelberg.



39) **Vercelli** (Novara). Il „cerclage“ nelle fratture della diafisi femorale. (Il Policlinico 1910, fasc. 36.)

Verf. beschreibt einen klinischen Fall und sucht durch beigegebene Röntgenogramme den Wert des blutigen Eingriffes überhaupt bei den Frakturen der Femoraldiaphyse mit Verlagerung und der Metallumreifung im besonderen darzutun.

Buccheri-Palermo.

40) **Wrede** (Königsberg). Beitrag zur Kasuistik und Aetiologie der erblichen angeborenen Knieverrenkung. (Aus der Chirurg. Universit.-Klinik in Königsberg. Med. Klinik 1911. Nr. 1, S. 19.)

W. bringt den Stammbaum einer Familie, bei der die Krankheit erblich vorkommt. Die Vererbung erfolgt im Mannesstamm. Die Fälle werden genau beschrieben und zeigen die interessante Uebereinstimmung, dass die doppelte Kniescheibenverrenkung nicht die einzige Missbildung ist, sondern dass sich bei allen drei Personen (Vater, Sohn und Tochter) Verunstaltungen an den Fingerendgliedern finden. Bei dem Knaben und dem Mädchen fanden sich ausserdem Thoraximpressionen, bei dem Knaben ferner noch eine Skoliose und eine doppelseitige Subluxation des Radiusköpfchens. Aetiologisch kommt nach W. für die Fälle — hauptsächlich mit Rücksicht auf die Häufung der Missbildungen — die Raumbeengung in utero in Betracht.

Natzler-Heidelberg.

41) **Moroni**. Resezione cuneiforme del ginocchio a scopo curativo ed orthopedico in processo tubercolare. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1910. Nr. 155.)

Bei den knöchernen oder artikulären Entzündungen des Kniegelenkes verhütet die Ruhe in Extensionsstellung die Deformität und die winklige Ankylose. Hat sich diese etabliert und trägt zu ihr das Ueberwachstum der Kondylen bei, so findet die keilförmige Resektion zu orthopädischen und kurativen Zwecken ihre Indikation. Dieselbe ist fast stets ausführbar, unabhängig von dem Stadium des Krankheitsprozesses, welcher sich in voller Aktivität befinden kann, während die subjektive und objektive Symptomatologie gering ist oder ganz schweigt. Das operative Trauma regt den Organismus zu neuer Abwehrreaktion an. Auf die Knochennaht kann man verzichten.

Buccheri-Palermo.



42) **Schanz** (Dresden). Zur Behandlung der Ankylosis patellae. (Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 7, S. 227.)

Eine neue Operation zur Behandlung der Ankylosis patellae. Sch. geht von der Erwägung aus, dass eine dauernde Lösung der Patella nur erhalten werden kann, wenn zwischen Patella und Femur ein Material gelegt wird, das die Knochen von einander hält und eine ausgiebige Verschieblichkeit gewährleistet. Er benutzt dazu die präpatellaren Schleimbeutel, die er von der Vorderfläche der Kniescheibe hinter deren Rückfläche bringt. In kurzem eine Skizzierung der Operation: Längsschnitt paralell dem Aussenrand der Kniescheibe, bis auf die Gelenkkapsel, oben bis auf die Muskulatur. Ablösung von Haut und Unterhautfettgewebe über Patella und den oben und unten angrenzenden Teilen bis hinüber über den Innenrand der Patella. Absprengung der Kniescheibe und Glättung der Knochenflächen. Ablösen des Unterhautfettgewebes von der Haut, durchziehen unter der Kniescheibe und befestigen auf der lateralen Seite. Hautlappen über die Patella geschlagen. Naht. Während der Nachbehandlung sind die Kniee bis zur gehörigen Kräftigung der Streckmuskulatur mit einer entsprechenden Streckstütze zu versehen.

Natzler-Heidelberg.

43) **Barabo** (Nürnberg). Ueber eine isolierte Luxation des linken Wadenbeinköpfchens nach hinten. (Zentralbl. f. Chir. 1911, Nr. 8. S. 268 ff. 1. Röntgenbild.)

Kasuistischer Beitrag: Ein 58 jähr. Arbeiter stürzt im Januar vor. Jahres aufs linke Knie, arbeitet noch 3 Wochen. Dann wird eine Distorsion im Kniegelenk mit Bänderzerrung festgestellt. Entsprechende Behandlung. Nach 7 Wochen Wiederaufnahme der Arbeit. Ende Mai erneute subjektive und objektive Beschwerden. Durch Röntgenaufnahme wird die Luxation des Fibulaköpfchens nach hinten festgestellt. An dem Befund ist interessant, dass das bestehende genu varum ein Trauma als Aetiologie hat und dass der N. peronaeus in keiner Weise gelitten hat. B. denkt sich die Luxation indirekt durch Muskelzug des Biceps femoris entstanden. Es werden weiter die verschiedenen Arten der Luxationen im oberen Tibio-fibulargelenk erwähnt. Angabe von Literatur.

Natzler-Heidelberg.



Kongress- und Vereinsnachrichten.

Sitzungsbericht der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen.

(Zentralblatt für Chirurgie 1911. Nr. 4.)

44) **Schüssler** (Bremen). Vorstellung einer operativ behandelten spastischen Paraplegie bei Spondylitis tuberculosa.

Sch. hat bei einem 36 jährigen Mann, der während der Militärzeit durch Tornistertragen eine chirurgische Tuberkulose der Wirbelsäule acquiriert hatte auf Grund deren sich eine spastische Paraplegie entwickelte, die Laminektomie gemacht und den 7. und 8. Wirbelbogen entfernt. 5 Tage p. op. konnte Pat. die Füsse dorsal bis zum rechten Winkel flektieren. Beim Versuch dies zu steigern, heftiger Klonus. Deshalb drei Wochen später mit Behandlung nach Faure begonnen: Man gleicht die Kontrakturen passiv aus und lässt dann willkürliche Bewegungen machen. Nach 6 Monaten konnte Patient 100 Schritte ohne Stock wie ein Gesunder gehen. 49 Monate p. op. geheilt vorgestellt. Wirbelsäule ausgezeichnet beweglich.

Steinmann (Bremen). Ausgedehnte Knochenplastik am Humerus.

Bei einem 17 jähr. Schüler waren wegen cyst. Enchodroms die 2 ob. Drittel des Humerus reseziert bezw. exartikuliert und in das untere Drittel ein 15 cm langer Span aus der Tibia mit Periost fest eingekeilt und lose in die Gelenkpfanne gefügt worden. Der Span heilte ein (nach Fistelbildung). Der Unterarm ist völlig gebrauchsfähig, an der Schulter besteht ein Schlottergelenk. Die Oberarmmuskulatur hat (20 Monate) p. op. mit dem Span noch keinen festen Zusammenhang gewonnen. **Natzler**-Heidelberg.

45) **Frangenheim.** Verein f. wissensch. Heilkunde Königsberg i. Pr., 30. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 10.) Chondrodystrophischer Zwergtypus.

33 jähriges russisches Mädchen. Grosse Kopfform, Einziehung der Nasenwurzel, kurze Extremitäten, rhachitisähnliche Beckenform, Coxa - varastellung des Femur, kurze plumpe Finger. **Hohmann**-München.

46) **Kuh.** Verein deutscher Aerzte Prag, 13. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 10.) Chondrodysplasie.

20 jähr. Mann. Multiplizität der Geschwülste. Verkrümmung und Verkürzung der Knochen. **Hohmann**-München.

47) **Axhausen** (Berlin). Kritisches und Experimentelles zur Genese der Arthritis deformans (Zentralblatt f. Chir. 1911. Nr. 1. Sitzungsbericht der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins).

Die „vaskuläre" Theorie Wollenbergs von der Entstehung der Arthritis deformans kann nach Axhausen nicht aufrecht erhalten werden. W. nimmt an, dass ein Missverhältnis zwischen arteriellem Zustrom und venösem Abfluss für die Entstehung der Krankheit verantwortlich zu machen sei. A. bezweifelt erstens die Existenz solcher Zirkulationsstörungen, zweitens die von W. behaupteten Folgeerscheinungen bei der Annahme etwaiger Störungen. Die Behauptungen W's hat er durch Experimente widerlegt. Seiner Meinung nach spielt die einfache, aseptische



Knochen- und Knorpelnekrose eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung der Arthritis deformans. Diese Meinung stützt er auf histologische und experimentelle Untersuchungen. Bei der A. d. sind nun haarförmige Knochennekrosen bekannt und ihren „Knochenbildungsreiz“ macht er für manche Erscheinungen z. B. Sklerose, Randosteophyten verantwortlich. Für das Knorpelgewebe konnte er analoge Vorgänge feststellen, die ihn veranlassen, auch einen Zusammenhang der A. d. mit der bei der Krankheit festgestellten Knorpelnekrose anzunehmen.

Natzler-Heidelberg.

48) **Luedke und Sturm.** Physikal. mediz. Gesellschaft Würzburg, 26. I. 1911 (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 10) Orthotische Albuminurie bei Tuberkulose.

Von 140 sonst eiweissfreien Tuberkulösen zeigten nach einstündigem Stehen 102 Eiweiss im Urin. Von 60 Untersuchten des 1. Stadiums zeigten 53, von 50 des 2. 32 und von 30 des 3. 17 Albuminurie. Nur in 4 von 85 Fällen orthotischer Albuminurie Tuberkulöser fanden sich granulierte Cylinder. Interessante Kontrollversuche bestätigten den Zusammenhang. Offenbar bewirkt die toxische Reizwirkung des tuberkulösen Herdes feinere Nierenschädigungen.

Hohmann-München.

49) **Jerusalem.** Gesellsch. f. inn. Medizin und Kinderheilk. Wien, 2. III. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 13.) Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.

Bei Kindern konservative Methode, bei Erwachsenen mehr operative Methode zu empfehlen. In Leysin wird Sonnenlichtbestrahlung angewendet, Kinder liegen tags und meist auch nachts über im Freien, die erkrankte Stelle der Sonne ausgesetzt, dabei schwinden Schmerzen, Herde reinigen sich, Appetit wächst. Mastkur, Sonnenlicht und freie Luft sind die Heilfaktoren. An trüben Tagen wurde Blaulicht verwendet. **Hohmann**-München.

50) **Bauer.** Gesellschaft f. innere Medizin und Kinderheilk. Wien, 26. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 11.) Polyneuritis nach Gelenkrheumatismus.

Kind bekam nach Gelenkrheumatismus Facialisparese und Lähmung des linken Peroneus. Die Extremitätenmuskulatur schlaff. Der Facialis zeigte Entartungsreaktion. **Hohmann**-München.

51) **Weintraud.** Verein der Aerzte Wiesbadens 15. II. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 13.) Behandlung der Gicht mit Atophan.

Dosen von 2—3 gr. pro die steigern die Ausfuhr der Harnsäure auf das Doppelte und Dreifache. Im akuten Gichtanfall wirkt es wie Colchicum, die Schmerzen lassen schnell nach, die Entzündung geht rascher zurück. Nicht zu früh mit dem Mittel aussetzen, sonst Rezidivgefahr. Nach dem Aussetzen schneidet die Steigerung der Harnsäureausscheidung rapid ab. Der Urin wird bei starker Ausscheidung von Harnsäure oft schon trübe entleert. Reichlicher Genuss von Wasser uud Alkalien steigern die Lösungsbedingungen. Am 1. Tag 15, später 10—5 gr. Natr. bicarbon. oder reichlich Uricedin geben. Physikalische Heilmethoden: Muskelaktion, heisse Prozeduren unterstützen die Behandlung. Purinfreie Kost ist nicht so wichtig. **Hohmann**-München.



52) **Calzolari e Spargella** (Ferrara). A proposito di capsule surrenali e di osteomalacia. Accademia delle Scienze mediche e naturali, 30. giugno 1910.

Vor allem berichten die Autoren über den Ausgang von drei einseitigen Nebennierenexstirpationen bei Schafen und beschreiben den mikroskopischen Befund an den verschiedenen Organen und Knochenstücken (Rippen), wobei letztere in verschiedenem Abstand von den operativen Eingriffen abgetragen wurden. Die A. A. glauben dahin schliessen zu können, 1. dass bei den Schafen kein direkter und ausschliesslicher Zusammenhang zwischen herabgesetzter Nebennierenfunktion (Nebennierenexstirpation) und Auftreten des osteomalazischen Symptomenkomplexes besteht; 2. dass die therapeutische Wirkung des Adrenalins in den wenigen Fällen, in denen es einen günstigen Einfluss entfaltete, nicht als spezifisch aufzufassen ist. Das Mittel soll nur durch seinen gefässzusammenziehenden Einfluss und die Steigerung des arteriellen Druckes wirken in Antagonismus zur Gefässerweiterung und Knochenrarefaktion, welche bei der Osteomalazie beobachtet werden.

Inbezug auf die Aetiologie der Osteomalazie sind sie der Ansicht, dass die annehmbarste Theorie bisher die infektiöse ist und die Untersuchung der Frage auf einer breiteren Grundlage zu geschehen hat, welche in ein einziges Gesamtbild alle verschiedenen Drüsen und den Sympathikus einschliesst. Weiter meinen sie, dass die Krankheit in die Gruppe der Stoffwechselkrankheiten gebracht werden muss, welche in Abhängigkeit zu einer endocrinen pluriglandulären Insuffizienz gesetzt werden. **Buccheri**-Palermo.

53) **Grisson.** Aerztlicher Verein Hamburg, 22. XI. 1910. (Ref. d. Med. Woch. 1911. Nr. 4.) Schleierverband für Transplantation nach Thiersch.

Da Protektivsilk schwer sterilisierbar ist, Salben die Sekrete nicht durchlassen, feuchte Verbände mazerieren, wendet G. folgenden Verband an. Mit Zinkleim klebt er rings um die Wunde dicke Gazerollen auf die Haut, legt darüber Schusterspähne wie Dachsparren und darüber Gaze, sodass die Transplantationen in einem trockenen Luftraum liegen. Vorzügliche Heilung.

Hohmann-München.

54) **Weil.** Schles. Gesellsch. f. vaterländische Kultur zu Breslau, 3. II. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 11.) Bauchdeckenspannung nach Wirbelfraktur und Rückenmarksoperation.

Ein Patient fiel von 25 m Höhe herab, brach beide Fersenbeine, wies Gibbus der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule auf und war von den Knieen ab völlig gelähmt. Kniereflexe fehlten, Bauchdeckenreflexe waren vorhanden. Kahnförmige Einziehung des Leibes, Bauchdeckenstarre, Druckempfindlichkeit des Leibes. Die Spannung der Bauchdecken ging in den nächsten Tagen zurück. — Bei einem wegen Pachymeningitis mit Lähmungserscheinungen in der mittleren Brustwirbelsäule laminektonierten Patienten trat am Abend nach der Operation eine mehrere Tage dauernde Rigidität der oberen Bauchmuskeln, deutliche Muskelstarre und Ueberempfindlichkeit ein. Offenbar Reizung meningealer Natur. **Hohmann**-München.



55) **Knöpfelmacher.** Gesellsch. f. inn. Medizin u. Kinderheilk. Wien, 22. II. 1911 (Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1911. Nr. 13.) Partieller Schwund der Bauchmuskulatur.

Kind, angeborener Katarakt. In der unteren linken Bauchgegend kuglige tympanitisch klingende Vorwölbung, in deren Bereich die Bauchmuskulatur ausser dem Rektus defekt ist. Die angeborene Anomalie führt K. auf die abgelaufene Rückenmarkserkrankung zurück. Nicht zu verwechseln mit Hernia lumbalis. **Hohmann**-München.

56) **Ehrmann.** Hufelandische Gesellschaft Berlin, 9. II. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 11.) Orthostatische Albuminurie mit chron. Oedem des linken Beines.

20 jähriger Patient. Seit der Jugend war der linke Oberschenkel dicker, jetzt auch der Unterschenkel. Nach Sonnenbädern und im Sommer ist Schwellung stärker. Nach 8 wöchiger Bettruhe Verschwinden der Schwellung. Ein Fall von einseitiger skoliotischer Albuminurie wurde von Vorpahl mitgeteilt.

Hohmann-München,

57) **Joachimsthal.** Verein f. inn. Medizin und Kinderheilk. Berlin, 20. II. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 11.) Handstandkünstler mit Skoliose.

Wohl durch Spätrhachitis hat sich bei dem athletisch ausgebildeten Menschen eine Skoliose entwickelt. Die Trainierung hat vielleicht einen üblen Einfluss auf die Skoliose ausgeübt. **Hohmann**-München.

58) **Unger.** Hufelandische Gesellschaft Berlin, 9. II. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 11.) Progressive Rippenknorpelnekrose.

41 jähr. Mann erkrankte an Schmerzen und Schwellung am linken Rippenbogen. Ein Abszess wird inzidiert, eine Woche danach ein Stück nekrotischen Knorpels entfernt, dieselbe Operation wird noch 2 mal wiederholt und Teile des 7., 8. und 9. Rippenknorpels exzidiert. Dann Heilung. Ursache unklar. Keine Lues, Tuberkulose und Aktinomyces. **Hohmann**-München.

59) **Meyer.** Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte Wien, 29. X. 1910. (Ref. d. Med. Woch. 1911. Nr. 7.) Strecklähmung der rechten oberen Extremität.

Potus von 3 l. Bier täglich. Nach dem Exerzieren Ameisenkriechen im rechten Arm, konnte ihn weder strecken noch heben. Lähmung des triceps, anconaeus, deltoideus, pectoralis, serratus major, trapezius, supraspinatus. Keine Sensibilitätsstörung. Ursache wohl der Alkohol. Prognose gut.

Hohmann-München.

60) **Onorato** (Genua). Sull' esito funzionale della resezione atipica del gomito. Congresso sanitario interprovinciale Genua 3. Nov. 1910.

Gestützt auf seine klinischen Fälle kommt Redner zu dem Schluss, dass auch in den äusserst schweren Fällen chirurgischer Tuberkulose auf der konservativen Behandlung bestanden werden muss, da diese, falls beharrlich und geduldig durchgeführt, auch in für unheilbar gehaltenen Fällen glänzende Resultate gibt.



Die Basis der Behandlung hat, wie nun allgemein angenommen wird, in Jodoform und Jod zu bestehen. **Buccheri**-Palermo.

61) **Putti** (Bologna). Sulla curvatura traumatica del radio. Società medico-chirurgica di Bologna, 12 genn. 1911.

Diese Läsion wurde von Putti bei drei Knaben im Alter von 11—13 Jahren als Folge eines Sturzes angetroffen, welcher bei zweien auf die Handfläche, bei dem dritten auf den Handrücken erfolgte. **Buccheri**-Palermo.

62) **Putti** (Bologna). Sulla frattura di Bennet. Società medico-chirurgica di Bologna, 12 gen. 1911.

Die Untersuchungen des Redners erfolgten an zwei klinischen Fällen, von denen er das Resultat mitteilt. Im ersten Falle, welcher den klassischen Typus der Bennetschen Fraktur reproduziert, ist die Läsion durch direktes Trauma in Abduktionsrichtung in dem Rücken des ersten Metacarpus erfolgt: schräge Fraktur, welche in toto die volare Hypophyse des ersten Metacarpus mit carpo-metacarpealer Subluxation abgelöst hatte. Im zweiten Falle ist das Gelenktrauma schwerer als das Phänomen Fraktur. Die Läsion ist ziemlich selten und klinisch wichtig, da die Reposition schwierig ist. Wenn nicht gut behandelt, kann sie eine dauernde Funktionsbeschränkung hinterlassen.

Buccheri-Palermo.

63) **Baumann.** Aerztl. Verein Essen-Ruhr, 17. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 10.) Angeborene Verwachsung der Endphalangen mit den Mittelphalangen.

Bei einem psychisch belasteten Patienten an allen Fingern ausser Daumen. Auch der Vater und 9 von 12 Geschwistern hatten diese Deformität. An den Zehen keine Missbildung. **Hohmann**-München.

64) **Fabiani** (Neapel). Ulteriore contributo clinico alla cura incruenta della lussazione congenita dell'anca. (Gazetta Internaz. di Med. e Chir. 1910. Nr. 18.)

Verf. veröffentlicht die mit der unblutigen Methode von Lorenz erzielten Resultate und erläutert sie durch Röntgenogramme. Nach ihm ist die Gehfunktion nur mit dem typischen Gipsverband von Lorenz möglich, welcher nach dem bekannten Gesetz der Funktionsanpassung eine echte modellierende Wirkung besässe. **Buccheri**-Palermo.

65) **v. Tappeiner.** Med. Verein Greifswald, 5. XI. 1910. (Ref. d. Med. Woch. 1911. Nr. 6.) Scheinbare coxa vara im Röntgenbild.

Diagnostische Irrtümer durch Verzeichnungen. Steht die Röhre nicht direkt über dem Beckeneingang, sondern kopfwärts verschoben und sind die Beine auswärts rotiert, so entsteht coxa vara auf der Platte durch falsche Projektion. **Hohmann**-München.

66) **Castellari** (Neapel). Di un interessante tumore del grande trocantere. (Gazetta Internaz. di Med. e Chir. 1910. Nr. 18.)

Es handelt sich um ein Chondrosarkom des Trochanter maior, das abgetragen wurde. Ausserdem wurde die oberflächliche Auslöffelung des Knochens, auf dem der Tumor seinen Ansatz hatte, gemacht. Der Fall ist klinisch und pathologisch-anatomisch eingehend beschrieben. **Buccheri**-Palermo.



67) **Bastianelli** (Rom). Cura cruenta della lussazione congenita della rotula. R. Accad. Medica di Roma, 26 gen. 1911.

Redn. berichtet über drei Fälle von angeborener Luxation der Kniescheibe nach aussen, darunter einen beiderseitigen. Inbezug auf die Pathogenese ist er zu der Ueberzeugung gelangt, dass von den in den verschiedenen Fällen angetroffenen anatomischen Alterationen keine mit Sicherheit als Ursache betrachtet werden kann, sondern diese wahrscheinlicher als Folgen anzusehen sind. Die Krankheit ist eine angeborene Missbildung, auf die sekundäre Läsionen folgen, die bald die Weichteile, bald das Skelett treffen, keine aber ist der sichere Grund der abnormen Lage der Kniescheibe.

Somit ist keine eigentliche Behandlungsmethode möglich, welche sich auf die Korrektur der pathogenetischen Ursache stützte, sondern das Ueberwiegen einiger der sekundären Läsionen über die anderen kann verschiedene technische Hilfsgriffe notwendig machen. Der Lappen, welcher die ganze Region sichtbar macht, ist der U-förmige mit der Basis nach oben. Wie bei allen Deviationen des Körpers werden stets retrahierte Teile und erschlaffte Teile, hyperfunktionierende und hypofunktionierende Teile gefunden werden, und es wird angezeigt sein, Fall für Fall das Gleichgewicht zwischen denselben wiederherzustellen.

Buccheri-Palermo.

68) **Prampolini** (Ferrara). Lussazione centrale della cartilagine semilunare interna del ginocchio destro. Quad. delle Scienze med. di Ferrara 24. Nov. 1910.

Prampolini beschreibt einen Fall von zentraler Luxation des inneren halbmondförmigen Knorpels des rechten Kniegelenkes, einhergehend mit Luxation der Kniescheibe nach aussen. Die Läsion ist ziemlich selten und die Aetiologie wenig bekannt. Nach Differenzierung derselben von den beweglichen Gelenkkörpern, welche grosse Analogie mit ihr aufweisen, weist er auf ein von anderen noch nicht angedeutetes Symptom gegen die Mitte des Gelenkes hin, nämlich das Zwicken der Haut. Er sucht den Entstehungsmechanismus zu erläutern, und glaubt sie in dem beschriebenen Fall auch dem direkten Trauma zuschreiben zu müssen.

Was die Behandlung anbelangt, so gibt die unmittelbare manuelle Reposition gute Resultate, während bei der peripheren Verlagerung das Recidiv leichter ist, welches häufig die blutige Behandlung mit Naht oder vollständiger Exzision des Knorpels erfordert. **Buccheri**-Palermo.



8) **Jacobsohn**, Einfache passive Gelenkbewegungsapparate. — 9) **Flebbe**, Extensions-Apparat Multiplex. — 10) **Voeckler**, Nagelextension. — 11) **Peltesohn**, Erfahrungen mit der subkutanen Arthrodese. — 12) **Abrashanoff**, Plastische Methode der Schliessung von Fistelgängen, die von inneren Organen kommen. — 13) **Amrein**, Resultate bei operativer Pseudarthrosen- und Frakturenbehandlung mit Elfenbeinstiften. — 14) **Böhm**, Die Rachitis als ursächliches Moment der Rückgratsverkrümmungen. — 15) **Putti**, Sacrolumbare Skoliose nach extraspinalen Schmerzen. — 16) **Rothschild**, Funktionelle Heilung der Cucullarislähmung mittels freier Faszienplastik. — 17) **Fabri**, Fraktur des Brustbeins. — 18) **Barnabò**, Rippenknorpelfrakturen. — 19) **Müller**, Progressive Rippenknorpelnekrose. — 20) **Lotsy**, Radiographischer Nachweis einer Bursitis subdeltoidea. — 21) **Serafini**, Schmerzen, Krämpfe, Paraesthesien des Armes — durch Operation geheilt, Zucken des Halses — gebessert. — 22) **Schmidt**, Prognose der Luxatio humeri und Luxatio antibrachii posterior. — 23) **Giovannetti**, Reposition der Luxation des Ellenbogens nach hinten. — 24) **Sinibaldi**, Subkutane Fraktur des Olecranon. — 25) **Sollnow** und **Levy-Dorn**, Angeborene Verwachsung von Radius und Ulna. — 26) **Schaefer**, Die Linkshänder in den Berliner Gemeindeschulen. — 27) **Kienböck**, Luxationen im im Bereiche der Handwurzel. — 28) **Segrè**, Schwierigkeit der Differenzierung der Fraktur des unteren Endes des Radius von der Luxatio cubito-carpica. — 29) **Kienböck**, Traumatische Malazie des Mondbeins und ihre Folgezustände: Entartungsformen und Kompressionsfrakturen. — 30) **Hagensorm**, Plastischer Ersatz der Mittelhandknochen durch die Phalangen. — 31) **Poulsen**, Der schnellende Finger. — 32) **Nastrucci**, Behandlung der Phalangen. — 33) **Oberst**, Typische Verletzungen der Schneeschuhläufer. — 34) **Schwahn**, Die schnellende Hüfte. — 35) **Laan**, Caput deformatum femoris. — 36) **Ehringhaus**, Prädilektionsstelle für Spontanfrakturen bei tuberkulöser Coxitis. — 37) **Uffredruzzi**, Coxa valga und ihre Beziehungen zu den Hüftgelenksluxationen. — 38) **Maragliano**, Nervenüberpflanzung von der einen Seite auf die entgegengesetzte. — 39) **Vercelli**, Frakturen der Femoraldiaphyse. — 40) **Wrede**, Kasuistik und Aetiologie der erblichen angeborenen Knieverrenkung. — 41) **Moroni**, Knöcherne oder artikuläre Entzündungen des Kniegelenks. — 42) **Schanz**, Behandlung der Ankylosis patellae. — 43) **Barabo**, Isolierte Luxation des linken Wadenbeinköpfchens nach hinten. —

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 44) Sitzungsbericht der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen. — 45) **Frangenheim**, Chondrodystrophischer Zwergtypus. — 46) **Kuh**, Chondrodysplasie. — 47) **Axhausen**, Genese der Arthritis deformans. — 48) **Luedke und Sturm**, Orthotische Albuminurie bei Tuberkulose. — 49) **Jerusalem**, Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. — 50) **Bauer**, Polyneuritis nach Gelenkrheumatismus. — 51) **Weintraud**, Behandlung der Gicht mit Atophan. — 52) **Calzolari** und **Spargella**, Einseitige Nebennierenexstirpationen. Osteomalazie. — 53) **Grisson**, Schleierverband für Transplantation nach Thiersch. — 54) **Weil**, Bauchdeckenspannung nach Wirbelfraktur und Rückenmarksoperation. — 55) **Knöpfelmacher**, Partieller Schwund der Bauchmuskulatur. — 56) **Ehmann**, Orthostatische Albuminurie mit chronischem Oedem des linken Beines. — 57) **Joachimsthal**, Handstandkünstler mit Skoliose. — 58) **Unger**, Progressive Rippenknorpelnekrose. — 59) **Meyer**, Strecklähmung der rechten oberen Extremität. — 60) **Onorato**, Konservative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. — 61) **Putti**, Traumatische Kurvatur des Radius. — 62) **Putti**, Bennetsche Fraktur. — 63) **Baumann**, Angeborene Verwachsung der Endphalangen mit den Mittelphalangen. — 64) **Fabiani**, Unblutige Behandlung der Hüftgelenksluxation. — 65) **v. Tappeiner**, Scheinbare Coxa vara im Röntgenbild. — 66) **Castellari**, Chondrosarkom des Trochanter maior. — 67) **Bastianelli**, Behandlung der Luxation der Kniescheibe. — 68) **Prampolini**, Zentrale Luxation des inneren halbmondförmigen Knorpels des rechten Kniegelenks.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Professor Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstrasse 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW. 6, Karlstrasse 15, einsenden.



Zentralblatt

für

Chirurgische und mechanische Orthopädie

einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. **August 1911.** **Heft 8.**

Aus der Prof. Vulpius'schen Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg.

Zur operativen Heilung der habituellen Patellarluxation.

Von Dr. med. Friedrich PORZIG-Heidelberg.

Das Wesen der Patellarluxation besteht bekanntlich darin, dass die Kniescheibe ihr normales Bett zwischen den beiden Kondylen des Oberschenkels verlässt und sich auf den seitlichen Rand des Kniegelenks legt. Nach medial ist eine Luxation infolge der rundlichen Form des Epicondylus medialis nicht oder höchst selten möglich. Je nachdem nun die Patella dabei vollkommen auf das Planum epicondylicum gleitet, oder schon auf der Vorderfläche des Condylus externus Halt macht, spricht man von vollständiger oder unvollständiger Luxation der Patella nach aussen. In beiden Fällen nimmt natürlich die Quadricepssehne, da die Patella gleichsam als Sesambein mit ihr zusammenhängt, an der Verschiebung teil, weswegen einige Autoren auch die alte Bezeichnung Luxation fallen lassen wollen und nur von einer Sehnendislokation der Quadricepssehne sprechen.

Man teilt die Patellarluxationen in zwei grosse Gruppen, die habituellen und kongenitalen. Bei diesen letzteren liegt eine dauernde vollständige oder unvollständige Verschiebung der Patella nach aussen vor. Die habituelle Luxation ist dagegen eine intermittierende.

Das Habituellwerden der Luxation kann durch irgend eine Erkrankung des Kniegelenks oder seiner umgebenden Weichteile zu Stande kommen. In Betracht kämen hier ein Hydrops des Gelenks, eine Gonitis mit Substanzverlusten der Epikondylen, ein primäres



oder rhachitisches Genu valgum, während die Erkrankung des Muskel- und Bandapparates wohl meist poliomyelitischer Natur ist. Von unseren durch Operation geheilten Fällen gehört der erste Fall zu dieser letzten Gruppe, während die beiden anderen Fälle angeboren sind.

Während man früher das angeborene Vorkommen der Luxatio patellae bestritt, ist es dank der grundlegenden Arbeiten von Appel, Steindler und Bogen über jeden Zweifel erhaben. Bogen führt allein 10 Stammbäume an, bei denen sich diese Affektion durch zwei bis drei Generationen verfolgen lässt. Andere Autoren wiederum machen für den kongenitalen Charakter das gleichzeitige Vorkommen anderer Bildungsanomalien, die Doppelseitigkeit, die Deformierung und Kleinheit des Condylus ext. usw. verantwortlich. Ein Patient, der uns in den letzten Wochen zugeschickt wurde, bei dem das Leiden doppelseitig ist und nach Angabe seiner Eltern von Geburt an besteht, zeichnet sich, wie aus dem Röntgenbilde deutlich ersichtlich ist, durch einen mächtigen Epicondylus medialis aus, während der Epicondylus lat. abnorm klein ist.

Als eigentliche Ursache macht nun Steindler für das Zustandekommen der kongenitalen Luxation eine fehlerhafte Keimanlage verantwortlich, während die übrigen Autoren die Grundursache mehr in mechanischen Momenten suchen. So soll eine intrauterine Druckwirkung oder eine Schädigung intra partum das auslösende Moment sein. Jedenfalls wird man aber nicht zuviel behaupten, wenn man schon ab origine eine vorhandene Disposition annimmt, während die oben erwähnten Ursachen das auslösende Moment sind.

Die Funktionsstörungen, die durch die Patellarluxationen gesetzt werden, sind verschiedenartige. Während manche Patienten, besonders diejenigen mit angeborenen Luxationen mitunter auffallend wenig Beschwerden haben, sind dieselben bei andern wiederum sehr ausgesprochen. Namentlich Treppensteigen, Bücken und Tragen von Lasten ist gehemmt. Andere hinken und klagen über rasche Ermüdung, oder bei der geringsten Bewegung kommt es zur Ausrenkung, sodass die Patienten plötzlich hinstürzen oder bei jedem Schritt stehen bleiben müssen, um die Kniescheibe wieder einzurenken.

Zur Behandlung der Patellarluxationen, sowohl der angeborenen wie habituellen sind im Laufe der Jahrzehnte eine grosse Menge verschiedener Methoden angegeben worden. Während man früher durch Verbände und Apparate die Patella in ihrer normalen Stellung zurückhalten wollte, ging man, da die erzielten Resultate meist



wenig befriedigend waren, zur operativen Therapie über. Von diesen Operationsverfahren erstrecken sich einige nur auf die Weichteile, während andere wiederum in Eingriffen an dem Knochensysteme bestehen. Fowler exstirpierte die Patella und befreite eine Patientin von ihrem zehnjährigen Leiden. Lucas-Championnière und Pollard meisselten die Trochlea aus und legten die Patella in die ausgehöhlte Partie. Der letztere machte ausserdem eine Exzision an der Innenseite der Kapsel. Beide erzielten Heilung. Graser heilte drei Fälle durch Osteotomie nach Maceven und Drehung des unteren Fragments zur Aufrichtung des Condylus ext., wodurch ein seitliches Abgleiten der Patella verhindert und gleichzeitig die Zugrichtung der Quadricepssehne verändert wird. Ein anderes Verfahren übte Heinecke, der die Tuberositas tibiae abmeisselte und nach innen verpflanzte. Aehnlich verfahren auch Casati und Goldthwait. Unter den Weichteiloperationen sind die wichtigsten die elliptische Exzision eines Teiles der erschlafften Kapsel an der medialen Seite nach Bajardi; die Kapselfaltung nach le Dentu und die Kapselverkleinerung nach Bardenheuer. In einem andern Falle machte Roux eine Tenotomie des Vastus ext., reponierte die Patella und fixierte sie an der inneren Kapselaponeurose und verlagerte schliesslich das Lig. patellae auf die vordere innere Fläche der Tibia. Aehnlich verfährt Hübscher, wenn er das innere Drittel des Lig. patellae abspaltet, die Patella herunterzieht und dieses Ende unter einer Periostbrücke der medialen Tibiafläche einnäht und dann nach le Dentu die Kapsel rafft. Endlich zog man die Muskeln selbst mit zur Fixierung der Patella heran. So nähte Heusner die Sehne des Semitendinosus in querer Richtung in den untersten Teil der Quadricepssehne. Aehnlich verfuhr Lanz mit dem Grazilis und Semimembranosus, Hoffa mit dem Semimembranosus allein. Endlich ist noch das Verfahren von Ali Krogius zu erwähnen, der einen brückenförmigen, aus dem M. Vastus med. und Kapsel gebildeten Lappen in einen extrasynovialen äusseren Längsschnitt einfügt. Auf diese Weise kann eine beliebig grosse Verkürzung des inneren erschlafften und eine entsprechende Verlängerung des äusseren straffen Kapselteiles, also eine förmliche Verlagerung der Patella innerhalb ihres Kapselapparates, erzielt werden.

Ich möchte nun im folgenden die Krankengeschichte von zwei jungen Patientinnen geben, von denen die erste an einer linksseitigen durch spinale Kinderlähmung entstandenen, die andere an einer angeborenen doppelseitigen Patellarluxation litten und mit gutem Erfolg operiert worden sind.



1. K. P. 1896 geboren und am 17. 12. 09 in hiesiger Klinik aufgenommen. Habituelle Luxation der linken Patella nach spinaler Kinderlähmung.

Vorgeschichte: Als Pat. 3 Monate alt war, bekam sie Krämpfe und danach trat eine Lähmung des linken Beines ein. Bis zum 3. Jahre rutschte Pat. immer auf dem Boden umher uud lernte erst mit drei Jahren gehen. Vor 4 Jahren wurde der linke Fuss versteift und Pat. bekam einen Apparat, mit dem sie umhergehen konnte.

Status: Gut entwickeltes, mässig genährtes Kind. Innere Organe normal. Das linke Bein ist stark verkürzt und atrophisch. Die Länge der Beine von der Spina bis zum Mall. ext. beträgt r. = 84 cm, l. = 75,5 cm. Der Umfang des Oberschenkels 10 cm oberhalb der Patella r. = 32 cm l. = 24 cm. Umfang der Wade 10 cm unterhalb der Patella r. = 26 cm l. = 17 cm. Der linke Fuss steht in extremer Spitzfussstellung und Adduktion und kann aktiv nicht bewegt werden. Die gesamte Unterschenkelmuskulatur ist gelähmt. Das linke Fussgelenk ist passiv leicht beweglich und schlottert. Der Unterschenkel kann gebeugt und gestreckt werden. Die Muskulatur des Oberschenkels ist folgendermassen beschaffen:

M. quadriceps femoris, sartorius und Adduktoren funktionieren gut. Von den Beugern ist nur M. semitendinosus gut, die übrigen schlecht. Bei ausgestrecktem Bein ist das Lig. patellae ganz schlaff und faltet sich wellenförmig. Dabei kann man die Patella ganz leicht unter Knarren hin- und herschieben und lateral verlagern. Wenn Pat. das linke Knie beugt, so verschiebt sich die Patella nach lateral.

21. 12. Operation. Esmarch. Chloroformnarkose ohne Zwischenfall. 1. Fussarthrodese. 2. Operation am Knie.

Ad. 1. Die Operation wird in typischer Weise ausgeführt und bietet keine Besonderheiten.

Ad. 2. Kleiner explorativer Schnitt lateral. Der Biceps ist ganz blassrot. Hautnaht. Langer medialer Schnitt: Musc. sartorius und semitendinosus sehen schön rot aus, werden freigelegt und an der Insertion durchtrennt. Semimembranosus blassrot.

Langer vorderer Schnitt bis zur Tub. tibiae. M. vastus med. und intermedius schön rot. Das Lig. patellae ist gefaltet. Es wird freipräpariert, in der Mitte gespalten und der mediale Zipfel nach medial an das Periost der Tibia angeheftet. Nun werden subfascial der Sartorius und Semitendinosus nach vorn gezogen und breit mit der Vorderfläche der Patella und untereinander vernäht. Hautnaht und Gipsverand.

10. 2. Gipsverband wird entfernt und Einsetzen der Nachbehandlung: Die Kniescheibe liegt an normaler Stelle und kann kräftig nach oben gezogen, das Bein aber noch nicht gestreckt gehalten werden.

1. 3. Das Bein kann in der Luft gestreckt und gebeugt werden, die Patella weicht dabei nicht nach aussen ab.

Am 13. 5. wird Pat. mit normal funktionierender Patella entlassen.

Am 30. 5. 1911 teilt uns Pat. auf schriftliches Befragen folgendes mit: Knie beugen und strecken kann sehr gut ausgeführt werden, die Kniescheibe bleibt sowohl im gebeugten als auch im gestreckten Zustande in der Mitte stehen. Das linke Bein ist sowohl der Kraft als dem Umfang nach etwas schwächer als das rechte. Ermüdung tritt nur bei grösseren Anstrengungen ein. Irgendwelche sonstigen Beschwerden sind nicht vorhanden.

Das Resultat der Operation ist also ein sehr gutes.

Betrachten wir nun das Operationsverfahren etwas genauer, so sehen wir, dass der erste Teil desselben sich an das Verfahren von Hübscher anlehnt. Während er jedoch nur ein Drittel des Lig. patellae zur Verlagerung benutzt, nehmen wir die Hälfte desselben. Dies hat jedenfalls den Vorteil, dass das verlagerte Stück nicht zu schwach ausfällt und bei dem späteren Gebrauch viel weniger leicht gedehnt wird, ausserdem ist auch der Zug, der durch die mediale Verlagerung der Hälfte des Lig. patellae erreicht wird, ein weitaus kräftigerer. Da nun ausserdem auch noch durch Verlagerung der Insertionsstellen des Sart. und Semitendinosus eine Fixation der Patella von oben her bewirkt wird und durch ihre Kontraktionen das Uebergewicht des Vastus lateralis paralysiert wird, kann die Methode in den geeigneten Fällen aufs wärmste empfohlen werden. Da, wie die Erfahrung lehrt, bei vielen Kinderlähmungen, bei denen die Oberschenkelmuskulatur befallen ist, der Sartorius erhalten ist, so wird sich hier unsere Methode in Verbindung mit der Verlagerung des Lig. patellae am meisten eignen. Jedenfalls verdient sie in geeigneten Fällen nachgeprüft zu werden.

2. W. M. 9 Jahr alt; aufgenommen am 10. 8. 09. Beiderseitige Luxation der Patella nach aussen.

Vorgeschichte: Nach Angaben der Eltern hat das Kind niemals gut laufen können. Seit einem Jahre ist das Gehen sogar schlechter geworden, und es tritt rasch Ermüdung beim Gehen ein.

Status: Zartes, blasses Mädchen, mit normalen inneren Organen. Gang anfangs ziemlich sicher mit leicht gebeugten Knieen. Nach einiger Zeit tritt Einknicken in den Knieen ein und Pat. ist unfähig weiter zu gehen.

Beide Epicondyli med. sind stark verdickt. Die Gelenklinie verläuft schräg und es bestehen beiderseits Genua valga. Die Patella ist beiderseits lateral vom Epicondylus lateralis zu fühlen, während sich an ihrer normalen Stelle eine Einsenkung befindet.

12. 8. 09. Operation, Esmarch. Chloroformnarkose ohne Zwischenfall. S-förmiger Schnitt an der Aussenseite des r. Kniegelenkes. Freipräparieren der Patella und des Lig. patellae inf. Darauf Schnitt an der Innenseite des Kniegelenkes. Der Sartorius wird in weiter Ausdehnung bis zu seiner Insertion an die Tibia freipräpariert, aber nicht von ihr abgetrennt. Von demselben Schnitt aus wird unmittelbar oberhalb des Epicondylus med. der Oberschenkel durchgemeisselt. Die Hautbrücke zwischen den beiden Schnitten wird völlig unterminiert, darauf die Patella nach der Mitte gezogen und der Sartorius schleifenförmig um ihren lateralen Rand gelegt, mit der Patella, dem Lig. patellare und der Gelenkkapsel vernäht. Die Patella bleibt jetzt in der Mitte stehen. Hautnähte. Gipsverband bei gestrecktem Knie und leichter Genu-varum-Stellung.

Am 30. 8. 09 wird auch das linke Bein operiert.

Ebenfalls Hautschnitt an der vorderen Seite des Kniegelenkes. Dadurch wird die Patella freigelegt und gleichzeitig das Lig. patellae inf. bis zu seinem Insertionspunkt verfolgt. Hierauf wird der Lig. patellae inf. in Zusammenhang mit einem Periostlappen von der Tibia losgelöst und ungefähr 1½ cm weiter medial unter möglichster Spannung wieder mit der Tibia vernäht. Raffung des medialen Teiles der Kapsel und des Bandapparates durch mehrere Seidennähte. Medialer Längsschnitt legt den Sart frei. Derselbe wird an seine Insertion abgetragen, subfascial nach der Patella gezogen und an deren medialer Seite durch einige Nähte befestigt. Um ein Kanten der Patella zu verhindern,



wird ihr lat. Rand durch zwei wenig straffe Seidennähte mit dem stehengebliebenen lat. Bandapparat verbunden. Hautnaht. G. V. bei gestrecktem Knie.

Als am 21. 9. der Gipsverband rechts und am 15. 10. derselbe links abgenommen wird, zeigt es sich, dass die Kniescheiben an normaler Stelle stehen und geringe Beugung und Streckung im Kniegelenk aktiv möglich ist. Gleichzeitig bestand aber zu unserer Ueberraschung auch beiderseits eine vollkommene Peronaeusparese. Da trotz intensiver elektrischer Behandlung keine Kontraktion auszulösen ist, wird am 11. 10. beiderseits eine Überpflanzung eines Teiles des N. tibialis auf den N. peron. ausgeführt. Da hierauf nach weiterer energischer Behandlung mittels elektrischen Stromes die Peronaeusparese rasch verschwindet, so muss dahingestellt bleiben, ob nicht auch ohne Nervenüberpflanzung und nur durch Elektrisation die Funktion des N. peron. zurückgekehrt wäre. Jedenfalls soll und kann dieser Fall unter keinen Umständen als Beweis für eine wiederhergestellte Funktion eines gelähmten Nerven durch Nervenüberpflanzung angesehen werden.

Am 19. 12. wird Pat. entlassen. Die Kniee können bis zum rechten Winkel gebeugt werden, und sowohl im gebeugten als auch im gestreckten Zustand steht die Patella rechts fast ganz vorn, links über dem lateralen Femurkondylus durchaus fest.

Bei der Wiederuntersuchung im Mai 1911 zeigte Pat. nun folgende Verhältnisse: Gehen ist ohne jede Ermüdung möglich. Dabei findet kein Einknicken mehr statt. Pat. kann bequem die Knie beugen und strecken in normalen Grenzen, kann allein auf einen Stuhl steigen. Die Kniescheiben stehen dabei sowohl rechts als auch links etwas ausserhalb der Mitte auf dem lateralen Femurkondylus, gleiten aber beim Beugen und Strecken nicht weiter nach aussen ab.

Das Resultat der Operation ist also auch in diesem Falle ein vollkommen zufriedenstellendes.

Betrachten wir auch hier das eingeschlagene Verfahren etwas genauer, so sehen wir, dass wir am rechten Bein nur eine einfache Fixation durch den um die Patella schleifenförmig herumgelegten Sartorius gemacht haben, während wir am linken Bein ausser einer Verlagerung des Lig. patellae inf. noch den Sartorius an seiner Insertion abgeschnitten und dann erst mit der Patella vereinigt haben. Da das Verfahren am rechten Bein bei weitem einfacher ist und dasselbe gute Resultat gezeitigt hat, wie links, so kann man dringend für alle angeborenen Patellarluxationen dieses Verfahren empfehlen. Für unsern ersten operativen Fall würde es wohl kaum ausgereicht haben, da ja in diesem Falle das Lig. patellae so schlaff war, dass unbedingt eine Verkürzung vorgenommen werden musste. Und dazu eignet sich wohl am besten die mediale Verlagerung des Lig. patellae inf., da es gleichzeitig die Verkürzung des Lig. und eine mediale Verlagerung der Kniescheibe bewirkt.



1a) **Gaugele** (Zwickau). Ueber Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. (Zentralbl. f. Chir. 1911, No. 16, S. 568.)

G. hat bei zwei 7 und 9 Jahre alten Kindern nach unblutiger Hüftgelenkseinrenkung am 2. bezw. 4.—5. Tag nach der Operation epileptiforme Krampfanfälle beobachtet, die 1 bis 2 Tage ununterbrochen anhielten. Beide Fälle genasen. Ueber die Aetiologie ist G. sich nicht klar. Fettembolie der Hirngefässe, wie Schanz sie annimmt, lehnt er ab, da das Krankheitsbild ein anderes sei. Bei der Fettembolie beherrscht der „Lufthunger" das Krankheitsbild, Krämpfe fehlen. Auch die Codivilla'sche Theorie von der „Ueberspannung der die Extremitätenwurzeln umgebenden Weichteile" will er nicht ohne weiteres akzeptieren. Er ist geneigt den „psychischen Schock" als auslösendes Moment für die Krämpfe anzusehen. Therapeutisch empfiehlt er bei echter Fettembolie Kochsalzinfusionen nach Schanz, bei Krämpfen rät er, nach Codivillas Vorschlag, die Gipsverbände zu entfernen. Im übrigen rät er, nach Einrenkungen von den Kindern jede Aufregung (Familienbesuch!) fernzuhalten.

Natzler-Heidelberg.

1b) **Thies** (Giessen). Die Saugbehandlung infizierter und infektionsverdächtiger Wunden im sterilen Sandbade. (Zentralbl. f. Chir. 1911, No. 13, S. 458 ff., 1 Abb.)

Th. beschreibt ein neues Verfahren, das in der Poppers'schen Klinik in Giessen angewendet wird, das Baden infizierter oder infektionsverdächtiger Wunden im Sand. Es wird Sand von Mohn- bis Hanfkorngrösse benützt, der in 1 %iger Sodalösung 1/2 Stunde gekocht und dann mehrere Stunden getrocknet wurde. Durch den trockenen Sand wird das Wundsekret gut aufgesogen. Th. lässt teils dauernd, teils nur tagsüber 12—14 Stunden baden. Er empfiehlt sein Verfahren für alle möglichen Arten von infizierten Wunden, zur Erzielung schneller Epithelialisierung bei granulierenden Wunden, bei Fisteln und besonders bei der Nachbehandlung von Transplantationen. **Natzler**-Heidelberg.

---

1) **R. O. Meisenbach**. Chemical and mechanical stimulation of bone. (The Americ. journ. of orthop. surgery. VIII, I.)

Durch chemisch, mechanisch oder biochemisch wirkende Injektionen in die Epiphysenknorpel von Kaninchenknien erzielte M. bei differenten (chemischen) Substanzen vermehrte peri- und enchondrale Wucherung der Diaphyse, Verdickung der Corticalis, Auf-



treibung und Verkürzung derselben, beschleunigte Verknöcherung der Epiphysenfuge. Formalin zerstört nicht, sondern regt das Knochenwachstum an. M. erhofft von derartigen Eingriffen Erfolge bei kongenitalen Verkürzungen, bei zurückgebliebenem Wachstum nach infantilen Lähmungen, Tuberkulose, Osteomyelitis oder bei Pseudarthrosen. **Landwehr**-Heidelberg.

2) **Ernst Heller.** Atophan bei Gicht und akutem Gelenkrheumatismus. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 12.)

Die U-auscheidung wird durch die Chinolincarbonsäuren stark vermehrt. Das Atophan = 2 Phenylchinolin = 4 Carbonsäure wirkt auf frische Gichtanfälle und akuten Gelenkrheumatismus ausgezeichnet und schnell. Bei chronischen Formen des Gelenkrheumatismus wirkt es nur teilweise. Es wurden 3—5 Gramm pro die gegeben, am besten in Oblaten. Ueble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. **Hohmann**-München.

3) **Heinemann** (Giessen). Beitrag zur Frakturenbehandlung durch Nagelextension. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 108, S. 372 ff. 27 Abb.)

Kurze Bemerkungen zur Geschichte der Frakturenbehandlung, Technisches zur Nagelextension (dabei Beschreibung des an der Giessener Klinik verwendeten Materials) und Kasuistik. Er kommt zu folgendem Resultat: Die Nagelextension ist eine brauchbare Modifikation unserer Frakturen-Behandlungsmethoden, aber nur bei besonderer Indikation anzuwenden: Bei veralteten, mit grossen Deformitäten geheilten Frakturen, bei komplizierten Frakturen mit ausgedehnten Weichteilverletzungen, bei frischen Frakturen, wenn die anderen Methoden versagen und bei korrigierenden Knochenoperationen, wo besondere Widerstände zu überwinden sind. Die an und für sich einfache Technik und das Material brauchen nicht durch Modifikationen unnötig kompliziert zu werden. In kriegschirurgischer Beziehung, besonders für Schussverletzungen, verspricht sie eine erfolgreiche Anwendung. **Natzler**-Heidelberg.

4) **Christian Heyerdahl** (Kopenhagen). Om reumatiske Lidelser i Muskler og fibröst Var og deres Behandling med Massage. (Ugeskrift for Laeger 1911, No. 16.)

Der Vortrag wurde in der Gesellschaft für Therapie und Diätetik gehalten. Die betreffende dänische Literatur wird erwähnt. Die übliche Nomenklatur, meint der Verfasser, sei nicht bezeichnend;



wegen des rheumatischen Ursprungs dieser Leiden und da das Wesen der Krankheit unbekannt sei, sei die Benennung „Muskelrheumatismus" vorzuziehen. Die Symptome werden erörtert. Die Existenz der Infiltrationen und Kontrakturen wird bezweifelt. Die differentielle Diagnose wird besprochen. Behandlung: Energische Massage.

Panum-Kopenhagen.

5) **Sudeck** (Hamburg). Myositis ossificans oder parostaler Callus. (Deutsche Zeitsch. f. Chir., Bd. 108, S. 353 ff., 19 Abb.)

In dem Streit Myositis ossificans oder parostaler Callus entscheidet sich S. für letztere Theorie. Er hat eine Anzahl von Versuchen an Leichen gemacht, behufs künstlicher Herstellung von Lux. cubit. poster. und ferner eine Anzahl von Röntgenbildern der genannten Luxation beigebracht. Dabei kommt er zu dem Resultat, dass bei der Lux. cub. poster. an 4 typischen Stellen (Condyl. int., ext., Dorsal- und Volarseite der Humerus) Periostverletzungen vorkommen können, sogar an einer oder mehreren Regel sind, und dass sich an eben diesen Stellen Knochenwucherungen einstellen. Die muskuläre Theorie lehnt er ab, einmal weil er die „Disposition" zur Myositis ossificans nicht gelten lassen will, und dann, weil die Ossifikationen nach Form, Lage, Aussehen und Entwicklungsdauer gewöhnlichem Callus und nicht dem Endprodukt einer ossifizierenden Myositis entsprechen. Die Ossifikation hält sich übrigens nicht an die Grenzen der Muskulatur. Die häufige Dislozierung des volaren Callus wird durch den Mechanismus der Luxation nach oben erklärt, für das manchmal exzessive Wachstum des Callus steht zwar die Erklärung noch aus, aber auch bei Mitwirkung des umgebenden Gewebes (Muskeln) braucht von der Periosttheorie nichts aufgegeben zu werden.

Natzler-Heidelberg.

6) **Sforza.** Tuberculosi e trauma. (Giornale di medicina militare 1910, No. 9.)

Verf. hat ein Material von 144 Fällen zusammen gestellt, bei denen auf ein Trauma Gelenk- und Knochentuberkulose folgte. Bei 103 waren chirurgische Operationen notwendig, bei den übrigen 41 Fällen nicht. Die Lehre der posttraumatischen Tuberkulose ist gegenwärtig, wie er zugibt, eine rein empirische, und weder durch experimentelle Untersuchungen, noch durch anatomische Befunde ist ihr eine genügende wissenschaftliche Grundlage geschaffen.

Bei den zahlreichen Formen der posttraumatischen Tuberkulose scheint die kombinierte Infektion eine vorbereitende und unter-



stützende Wirkung zu besitzen. Die latenten Tuberkuloseherde der Knochen und Gelenke sind in Wirklichkeit bedeutend häufiger, als man nach den bis heute gemachten zufälligen Befunden vermuten könnte. Die eingehende Untersuchung dieser Körperteile verspricht analoge Resultate wie die durch die anatomische Untersuchung der Lungen und Lymphdrüsen erhaltenen, und ist für den weiteren Ausbau der Lehre von der posttraumatischen Tuberkulose notwendig.

Buccheri-Palermo.

7) **A. D'Antona.** Sulla cura moderna della tuberculosi chirurgica, spec. delle parti molli. (La Riforma medica, 1 gennaio 1911.)

Verf. bespricht die Resultate, die durch die Immobilisierung, die Kompression und die Resolventien erhalten werden. Die allgemeine Jodkur ist sehr wirksam in den Anfangsperioden. Sind die Läsionen eingeschmolzen, so sind die Jod- oder Jodglyzerineinspritzungen, je nach der Ausdehnung des Sackes, am indiziertesten. Das Jodoform ist stets das am meisten empfehlenswerte Jodpräparat und wirkt durch das freiwerdende Jod, nicht durch das angebliche Dijodacetallylen.

Buccheri-Palermo.

8) **Brandes** (Kiel). Ueber Behandlung von Fisteln mit Beckscher Wismutsalbe. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 108, S. 221 ff. 4 Abb.)

Brandes hat seine Untersuchungen an dem Material der Kieler chirurgischen Klinik angestellt, bespricht die gemachten Erfahrungen und kommt zu folgenden Schlussätzen:

1. Die Beck'sche Methode ist ausgezeichnet zur Diagnose von Fistelgängen im Röntgenbild.
2. Durch rationell durchgeführte Injektionen der Wismutsalbe können selbst ausgedehnte Fisteln in oft kurzer Zeit zur Heilung gebracht werden.
3. Vorgeschrittene Knochen- und Gelenktuberkulosen geben die meisten Misserfolge.
4. Die Gefahr der Vergiftung — Wismut- und Nitritvergiftung — besteht und ist durch Ersatzpräparate bisher nicht behoben.
5. Es mussten deshalb ungiftige Ersatzpräparate gefunden werden, um die Methode der Salbeninjektion zur schnellsten, erfolgreichsten und gefahrlosesten zu machen.

Natzler-Heidelberg.



9) **Nathaniel Allison** (St. Louis). The treatment of the paralysis of the extremities. (The Americ. jour of orthop. surg. VIII. 1.)

Von neueren Operationsverfahren bei Morbus Little werden 2 einer Kritik unterzogen: Die (intraperineurale) Neurotomie nach Nutt sei technisch zu subtil und ihre Erfolge zu unsicher wegen der Schwierigkeit, genauestens die in Betracht kommenden Muskelgruppen zu bestimmen. Förster-Tietze soll, abgesehen von den Schmerzen des Eingriffes, auch prinzipielle Bedenken haben. Erfolgversprechend könne nur eine Resektion zahlreicher Wurzeln sein. Die daraufhin auftretende ausgedehnte sensible Lähmung aber verhindere gerade die koordinierten Bewegungen, da diese „in völlig anästhetischen Bezirken unmöglich“ zustande kommen können.

Das Behandlungsprinzip muss darauf hinwirken, den Kranken anzuleiten, mit dem operativ geschädigten, vorher spastischen Nerven koordinierte Bewegungen zu vollführen. Der Spasmus an sich sei wegen seiner unklaren Genese nicht angreifbar.

Nach den Krankengeschichten hat A. in einer Reihe von Fällen durch periphere Nerven-Injektionen von 60 — 80 % Alkohol sofortigen Schwund der Spasmen und allmähliche Wiederkehr geordneter Bewegungen erreicht. Die Einspritzung erfolgte in die Nervenscheide und bewirkte nie komplette Lähmung.

Mitteilung einer erfolgreichen Cruralis-Obturatoriusplastik bei Quadricepslähmung.

Landwehr-Heidelberg.

10) **D. Maragliano** (Rom). Istopatologia degli impianti nervosi centrali parziali. (Il Policlinico, Sez. chir. 1910. fasc. 12.)

Verf. hat 30 Versuche an Hunden angestellt. Die erzielten Resultate fasst er wie folgt zusammen:

1. Der für eine partielle zentrale Nerveneinpflanzung umschnittene Lappen geht, wenn er eine geringere Dicke als die Hälfte des Gesamtkalibers besitzt, einer um so schwereren Entartung entgegen, je länger und dünner er ist.

2. Wenn der Lappen verhältnismässig sehr lang ist und Biegungen und Durchführungen durch künstlich gemachte Passagen erleidet, degeneriert er vollständig oder fast vollständig, auch wenn seine Dicke der Hälfte des ganzen Stammes gleichkommt.

3. Die Eiterung ist eine äusserst schwere Komplikation bei diesen Eingriffen, weil sie die Integrität der in situ gebliebenen



Nervenportion kompromittiert und zur vollständigen sensiblen und motorischen Lähmung des innervierenden Stammes führen kann.

4. Der Schutz der Nervennähte mit präparierten Arterien nach Foramitti hat sich in den Fällen, in denen er zur Anwendung kam, als wirksam erwiesen, doch sind die Arterien nach einem Monat vollständig resorbiert. **Buccheri**-Palermo.

11) **Ghilarducci.** Azione dei raggi X sulle artriti ed adeniti tubercolari. (Il Policlinico, Sez. med. 1910 No. 10.)

Die Experimente des Verf. bestätigen die wohlbekannte günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf die tuberkulösen Drüsenentzündungen und Gelenkleiden.

Die Röntgenstrahlen haben in der vom Verf. benutzten Dosis (20 Einheiten H) die Fähigkeit, den tuberkulösen Prozess auf das eingeimpfte Gelenk und die entsprechenden Leistendrüsen zu begrenzen, sterilisieren aber nicht vollständig die Gewebe, die Sitz des tuberkulösen Prozesses sind, da dieser konstant in gesunden, mit Fragmenten der tuberkulösen Gelenkgewebe und Drüsen geimpften Tieren reproduziert wird.

Die durch Einimpfung der bestrahlten Gewebe reproduzierte Tuberkulose ist umso schwerer, je schwächer die benutzte Bestrahlung war, und äusserst schwer und rasch tödlich bei mit nicht bestrahlten Geweben geimpften Tieren.

Die wohltätigen Effekte der Bestrahlung beruhen zum Teil auf einer direkten Beeinflussung der Bazillen, zum Teil auf den schlechten Lebensbedingungen, die für den Bazillus durch die die tuberkulösen Massen einhüllende und vollständig isolierende Sklerose geschaffen werden.

Dieser Skleroseprozess bildet sich nicht auf Kosten der tuberkulösen Granulationsgewebe, sondern auf Kosten des Stromas der gesunden Lymphfollikel. **Buccheri**-Palermo.

12) **Gocht** (Halle). Die Röntgenologie im Krüppelheim. (Zeitschr. f. Krüppelfürsorge Bd. III, S. 88. Mit 13 Abbildg.)

An praktischen Beispielen, wie sie gerade das Krüppelheim reichlich bietet — angeborene Missbildungen, Hüftluxationen, Skoliose, Spondylitis, Gelenktuberkulose, Rachitis u. a. m. — erläutert er die grosse Bedeutung der Röntgenuntersuchung speziell für die Krüppelheime. 13 Zeichnungen nach Röntgenpausen veranschaulichen die ausgewählten Fälle. **Natzler**-Heidelberg.



13) **Franz Kirchberg.** Massage und Gymnastik in Schwangerschaft und Wochenbett. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie, Bd. 3, H. 4.)

Mit weitschauendem Blick hat in dieser Frage Hegar die Richtung gewiesen: Infolge reichlicher Bewegung bei Sport und in frischer Luft befindet sich durchschnittlich die Körpermuskulatur englischer Frauen und Mädchen in besserer Verfassung als bei uns zu Lande. Darum empfiehlt K. muskelschwachen Graviden Massage und systematische Gymnastik. Als Therapie tut sie vor allem not bei der chronischen Obstipation. Die Kräftigung der Bauchmuskulatur gereicht auch der Darmmuskulatur zum Nutzen. Dem Zwerchfell ist durch Atemübungen beizukommen.

Die Oedeme der Schwangeren wurden zur Behandlung mittels der Zabludowskischen intermittierenden Drückungen empfohlen. Gegen Massage von Varizen hat K. keine Bedenken. Die Schwangerschaft komplizierende Herzerkrankungen sind mit der „Digitalis der Gymnastik“ besonders prophylaktisch, schonend, aber wirksam zu beeinflussen. Die Herabsetzung peripherer Kreislaufswiderstände soll sich durch Massage noch wirksamer erzielen lassen. Die Arteriosklerose sei eines der dankbarsten Objekte der Massage. Die Beschwerden der Bronchitis und des Emphysems finden grosse Erleichterung durch manuellmechanische und Uebungsbehandlung. Bei Phlegmasia alba dolens hält K. einen 8-tägigen Stillstand der Erscheinungen für genügend, um ärztliche Massage und Gymnastik zu gestatten. Der springende Punkt, ausserdem bedeutungsvolle Nebenfragen, kommen gegen Schluss des interessanten Aufsatzes nochmals zur Besprechung. Massage und Gymnastik sind für das normale Wochenbett, zur Beseitigung resp. Verhütung von durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett entstandenen körperlichen Schädigungen von hoher Bedeutung, körperliche Schönheit ist in mehr als einer Hinsicht identisch mit Gesundheit.

Betreffs des Frühaufstehens der Wöchnerinnen glaubt K., dass der Arzt, der dies gestattet, nur schwer eine angemessene Enthaltung von schwerer Arbeit wird durchsetzen können. Nach Hegar wird nicht zu festes Anlegen der Bauchbinde und das vorher nicht erwähnte Erheben des Oberkörpers aus horizontaler Lage bis zum Aufsitzen empfohlen. **Landwehr**-Heidelberg.

14) **Gundermann** (Dresden). Ueber akute Wirbelsäulenosteomyelitis. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 109, S. 121 ff.)

Ein 28 jähriger Patient litt an einer Wirbelkörperosteomyelitis, die mit einem Pleuraempyem kombiniert war. Er wurde operiert,



mit dem günstigen Resultat, dass nur eine kleine Bronchialfistel zurückblieb, wobei Pat. aber seinen Dienst als Kavallerie-Offizier tadellos versehen konnte. Nach diesem Fall will G. die Prognose für die Krankheit nicht so ganz ungünstig stellen, wenn es auch der erste ist, der bei der genannten Komplikation mit dem Leben davonkam. Die Krankheit tritt meist im 2. Dezennium, selten nach dem 25. Lebensjahr auf. Die Infektionserreger sind meist Staphylokokken; nach Fränkel tritt sie oft im Anschluss an akute Infektionskrankheiten auf. Auch dem Trauma will G. eine gewisse Rolle zuschreiben. Die Symptome sind die der gewöhnlichen Osteomyelitis mit entsprechenden lokalen Aenderungen. Die Wirbelsäule ist schmerzhaft, gewöhnlich sind druckempfindliche Wirbel vorhanden, im Gegensatz zur Spondylitis tuberculosa fehlt der Stauchungsschmerz gewöhnlich. Zur Frühdiagnose ist das Blutbild wichtig. Ausser tuberkulöser muss typhöse Spondylitis ausgeschlossen werden. Das kosmetische Endresultat ist im Gegensatz zur tuberkulösen Spondylitis gut, da ein Gibbus nicht bleibt. Ebenso schwinden die Funktionsstörungen. **Natzler**-Heidelberg.

15) **Goebell** (Kiel). Zur Diagnose und Therapie der akuten Wirbelsäulenosteomyelitis und der Meningitis spinalis purulenta. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 108, S. 338 ff.)

G. hat in der Helferichschen Klinik vier Fälle von Wirbelsäulenosteomyelitis beobachtet. Die sichere Diagnose wurde nur in einem Falle gestellt, bei dem gleichzeitig Osteomyelitis des r. Oberschenkels und der r. Tibia bestand. Die Diagnose kann überhaupt sehr schwierig sein. Als besonderes Beispiel bespricht G. einen Fall der durch Meningitis spinalis purulenta kompliziert war. Die ausführliche Krankengeschichte des sehr interessanten Falles wäre im Original nachzulesen. Die Differentialdiagnose ist oft ungemein schwer. Die Symptome der Meningitis finden sich ev. auch bei der Wirbelsäulenosteomyelitis. Die Lumbalpunktion ist nur bei fehlender sekundärer Infektion der Meningen entscheidend. Völlige Sicherheit gibt nur die Autopsie in vivo nach Spaltung der Dura. Bei Osteomyelitis der unteren Brust- und Lendenwirbel fand sich wiederholt Meteorismus. Auch in dem besprochenen Fall, der durch Laminektomie, Spaltung und Drainage des Duralsacks geheilt wurde. Nach den bei dem Fall gesammelten Erfahrungen empfiehlt G. bei Wirbelsäulenosteomyelitis folgendes Vorgehen: Lumbalpunktion. Wenn negativ, Anbohrung des druckempfindlichsten Wirbelkörpers falls es sich um eine Entzündung der unteren Brust- oder Lenden-



wirbelsäule zu handeln scheint. Ergibt Punktion Typhusbazillen, dann Immobilisierung durch Gipsbett, später Gipskorsett. Ergibt sie Eiter, Laminektomie am erkrankten Wirbel, Dura beiseite schieben, Wirbelkörper vom Wirbelkanal aus anbohren und Draineinlegen. Die Dura muss geöffnet werden, wenn Streptokokken oder Staphylococcus aureus in der Lumbalflüssigkeit gefunden wird, bei Staphylococcus kann erst der Erfolg der Laminektomie abgewartet und die Inzision eventuell später nachgeholt werden.

Natzler-Heidelberg.

16) **Plate** (Hamburg). Ueber die Anfangsstadien der Spondylitis deformans. (Fortschr. auf d. Geb. der Röntgenstr. XVI, 5 S. 346. Mit 2 Abbildg.)

P. bringt 10 kasuistische Beiträge, die er ausführlich bespricht. Seine Beobachtungen etc. fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Es werden nicht in allen Fällen durch das Leiden Beschwerden ausgelöst.
2. Das Trauma spielt für Entstehung und Fortschreiten des Leidens eine grosse Rolle, besonders bei veränderten statischen Verhältnissen der Wirbelsäule.
3. Durch Röntgenverfahren ist die frühzeitige Erkennung des Leidens möglich, deshalb Anwendung bei allen Fällen — auch unter 50 Jahren, — wo die Klagen auf die Wirbelsäule hinweisen.
4. Rezidive der Beschwerden auch nach längeren beschwerdefreien Intervallen sind häufig.
5. Zur Behandlung dieser Beschwerden sind Hitze und Hautreize sehr geeignet.
6. Das beste Mittel zur Erlangung der völligen Leistungsfähigkeit, ev. zur Verhinderung eines weiteren Fortschreitens des Leidens, ist ein gutes Stützkorsett.
7. Die Prognose ist nicht absolut ungünstig.

Natzler-Heidelberg.

17) **Z. B. Adams** (Boston). A Case of Scoliosis relieved by operation on the transverse process of one of the Vertebrae. (The Americ. journ. of orthop. surgery VIII., 2.)

Durch zahlreiche Röntgenaufnahmen als kongenitale Skoliose ex asymmetria vertebrae lumbal. V. kenntlicher Fall. Weiter als bis zur Resektion des Proc. transvers. ist auch A. in der operativen Behandlung nicht gegangen. Besserung.

Landwehr-Heidelberg.



18) **E. G. Brackett** (Boston). Relation between clinical evidence and pathological conditions in spinal caries. (The Americ. journ. of orthop. surgery VIII., 2.)

B. weist auf die Schwierigkeit frühzeitiger Erkennung und Lokalisation der Wirbelkaries hin und glaubt an klinische Unterschiede der Symptome bei Kindern und Erwachsenen. Für die Frühdiagnose erscheint ihm wichtig, die Erscheinungen von seiten des tragenden Bewegungsapparates von solchen der Beeinträchtigung der markschützenden Funktion der Wirbelsäule zu trennen. Er macht auf die Herdlokalisation im rückwärtigen Teil der corp. vertr. aufmerksam und widerrät das Reklinationsbett in diesen Fällen.

Landwehr-Heidelberg.

19) **Plate.** Ueber Entstehung und Behandlung der Ischias scoliotica. (Deutsche med. Woch. 1911 No. 3.)

Bei 7 Fällen bestand heterologe Skoliose, d. h. der Oberkörper war nach der Seite des gesunden Beins übergeneigt. Der Oberkörper war meist nach vorn gebeugt. Die Lendenlordose 6 mal aufgehoben, einmal bestand eine leichte Kyphose. Bei gewissen Körperhaltungen verschwand die Skoliose, beim Aufrichten aus Ruhelage, beim Sitzen, beim Vornüberbeugen. Torsion bestand nicht. Auch bei Bauchlage keine Skoliose. Glissonsche Schwebe im Stehen verändert aber die Skoliose nicht. Bei Beugung des kranken Beins in der Hüfte im Stehen tritt Skoliose mit einem nach der gesunden Seite konvexen Bogen auf. Druck auf den Psoas von hinten oder vom Bauch her ruft Schmerz hervor, der Patient steht auch meist mit gebeugtem Hüftgelenk, in Rückenlage Flexion des Hüftgelenkes bei Widerstand nur mit Schmerzen, sodass man eine Neuralgie der sensiblen Aeste des Psoas (Wurzeln des plexus lumbalis) annehmen muss, die oft bei Ischias besteht. Die Skoliose im Stehen entsteht durch das Bestreben des Patienten die durch die leichte Beugestellung bestehende Verkürzung des kranken Beins durch Abduktion des gesunden auszugleichen, wodurch Schiefstand des Beckens und Skoliose eintritt.

Die Therapie besteht in einer antineuralgischen Kur, mit Wärme, Massage und Hautreizen, Injektionen in die Muskeln. P. beginnt mit Sandbädern, massiert im heissen Bade den Ischiadikus und dehnt ihn durch Erheben des Beins. Dann Psoasmassage vom Bauch oder vom Rücken her seitlich von den langen Streckern und Dehnung desselben durch Erheben des Beins bei Bauchlage. Dann



Galvanisation neben der Lumbalwirbelsäule und entlang dem Ischiadikus. In 4 Wochen schwand Schmerz und Skoliose.

Hohmann-München.

20) **Calabrese.** Voluminoso teratoma della natica destra esteso alla regione lombo-sacrale ed alla regione crurale. (Gazetta internaz. di medicina e chirurgia 1910, No. 41.)

Klinischer Fall. Nicht operierbar. **Buccheri**-Palermo.

21) **Goldschwend** (Tetschen). Ein Beitrag aus der Unfallpraxis (Tuberkulose des Ileosakralgelenks). (Monatsschrift für Unfallheilkunde u. Invalidenwesen, S. 15, No. 1.)

Ein 44jähriger Mann erleidet bei voller Gesundheit einen leichten Unfall durch Sturz auf die l. Hüftgegend. Seitdem Schmerzen im l. Bein, behindertes Gehvermögen, behinderte Arbeitsfähigkeit. Wurde zuerst als traumatische Neurose behandelt, dann als Ischias, schliesslich wurde — nachdem vorher schon Tuberkulose der Lunge nachgewiesen war — die richtige Diagnose gestellt. Die Diagnose ist im Anfang der Erkrankung oft sehr schwer. Verwechselungen mit Ischias, Lumbalneuralgie, beginnender Coxitis sind leicht möglich. Im späteren Stadium gestatten die richtige Diagnose: 1. Auf das Gelenk lokalisierbare Schmerzen. 2. Nachweis eines Abszesses an der Hinter- oder Vorderfläche des Gelenks (Senkung auf die Darmbeinschaufel und gegen den Oberschenkel herab!) 3. Röntgenaufnahme. (Gelenkflächen bindegewebig oder knöchern verschmolzen, sklerosierende Prozesse am Rande der tuberkulösen Knochenherde.) **Natzler**-Heidelberg.

22) **A. R. Shands.** Fracture — dislocation of the shoulder. (The Amerih. journ. of orthop. surgery VIII. 2.)

5 Fälle von Fract. humeri cum luxat. capitis. Exstirpation des Kopfes; in den nachuntersuchten Fällen sehr gute funktionelle Resultate. **Landwehr**-Heidelberg.

23) **F. H. Bradford** (Boston). The operative treatment of paralysis of the shoulder following anterior poliomyelitis. (The Americ. journ. of orthop. surg. VIII. 1.)

In einer Reihe von Fällen hat Br. die periostale Fixierung eines Trapeziusteiles an der Oberarminsertion des Deltoides vorgenommen. Bei ausgedehnten Lähmungen hat er Arthrodesen und Nervenplastiken ausgeführt. Zur Sicherung der ersteren bedient er sich einer Periostbrücke. Nerventransplantationen beurteilt er



skeptisch. Bei Naht von Muskel auf Muskel befürchtet er Unbeständigkeit des Ergebnisses infolge der Dehnung der Muskelnaht. Dies und die geringe Grösse des zu transplantierenden Trapeziuslappens bestimmt den Autor zu folgenden Vorschlägen: Einlagerung einer seidenen Sehne in den Muskelbauch von einem Insertionspunkte zum andern. Selbständige Seidenzügel vom Akromion zum Humerus sollen dem Eigengewicht des Oberarms entgegen wirken. Zum Ersatz des gelähmten Biceps empfiehlt Br. den Pector. min. **Landwehr**-Heidelberg.

24) **Thom** (Posen). Beitrag zur Gelenkmobilisation (Interposition eines frei transplantierten Fascienstreifens bei knöcherner Ankylose des Ellbogengelenks.) (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 108, S. 424 ff.)

Th. berichtet über einen von Ritter auf die angegebene Weise operierten Fall. Der Fascienstreifen wurde dem Oberschenkel entnommen und frei auf die Gelenkfläche des Oberarmes transplantiert, die er ganz bedeckt. Fixation ringsum durch Seidennähte. Naht der Gelenkkapsel etc. Vom 10. Tag an Massage. Ca. 9 Wochen p. op. Entlassung bei einer Exkursionsfähigkeit von 35°. Trotz mangelnder mediko-mechanischer Nachbehandlung fortschreitende Besserung. Ca. 9 Monate p. op. Exkursionsfähigkeit im Ellbogengelenk von 55°. **Natzler**-Heidelberg.

25) **Brassert** (Leipzig). Spätlähmung des Ulnaris und Unfall. (Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen.)

Ein 34 jähriger Landwirt hatte in früher Kindheit eine Oberarmfraktur erlitten, die schlecht heilte und deformierende Gelenkveränderungen am Ellbogen und Schweiss des Armes zur Folge hatte. Trotzdem konnte er seiner schweren Arbeit ungestört nachgehen. Im Jahre 1902 neuer Unfall (Distorsion des l. Schultergelenks, Zerrung und Quetschung des Armes), der allmählich die Symptome einer Ulnarislähmung zeitigte. Die Erklärung ist nach B. wohl die, dass der Ulnaris durch die alte Ellbogengelenksdeformität beeinträchtigt, durch das neue Trauma noch stärker alteriert und nun durch den schädlichen Einfluss beider Faktoren allmählich ausser Funktion gesetzt wurde. **Natzler**-Heidelberg.

26) **Baisch** (Heidelberg). Luxatio radii bei pathologischem Cubitus valgus. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1911. Bd. 109, S. 113 ff. Mit 4 Röntgenb.)

Bei einem 14 jährigen Jungen war innerhalb zweier Monate dreimal ohne besonderes Trauma eine Luxation des Radiusköpfchens



nach vorne eingetreten. Es bestand cubitus valgus, veranlasst durch ungewöhnlich schlaffe Gelenkbänder. B. erklärt sich bei der grossen Schlaffheit des lig. annulare das Zustandekommen so, dass bei Beugestellung bei einer Pronationsbewegung das Radiusköpfchen durch Zug der Bizepssehne nach vorn und oben herausgehebelt werden kann. In dem besprochenen Fall wurde das Radiusköpfchen reseziert, und es erfolgte ungestörte Heilung. **Natzler**-Heidelberg.

27) **Georg Müller** (Berlin). Ueber Radiusfrakturen und ihre Schicksale. (Monatschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen No. 1, S. 7.)

Unfallverletzte kommen zu spät in sachgemässe Nachbehandlung und das zum Schaden der Verletzten und — der Berufsgenossenschaften! Die Wahrheit dieses Uebelstandes beweist er an seinen Unfallverletzten mit Radiusfrakturen. Die frischen Fälle seiner Privatpraxis heilten bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 48 Tagen ohne Unfallsfolgen (Glaessner 49—56, Thiem 90 Tage!), die fast durchweg erst nach 13 Wochen Karenzzeit in Behandlung genommenen berufsgenossenschaftlichen Kranken erforderten eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 180 (!) Tagen, bei einer durchschnittlichen Erwerbsbeeinträchtigung von 17 %. Die Zahlen sprechen wirklich deutlich! **Natzler**-Heidelberg.

28) **Segrè e Scovazzi** (Turin). Contributo allo studio delle lussazioni del carpo. (La Clinica chirurgica. A. XIX, Nr. 3.)

Der klinische Fall betrifft einen 60jährigen Arbeiter mit mehreren Läsionen in der Vorgeschichte, unter denen eine alte rechtsseitige Luxation des Radius auf den Carpus, die mit Beschränkung der Bewegungen zur Heilung kam, von Wichtigkeit ist. Im Alter von 60 Jahren entstand infolge eines Sturzes auf die linke Handfläche in Hyperextensionsstellung eine vordere Subluxation des linken Handgelenkes. Das Resultat derselben war verschieden von dem normalen der Heilung oder der Beschränkung der Bewegungen, vielmehr ist die Luxation des Handgelenkes zu einer habituellen geworden: willkürlich, wenn der Mann seine Läsion zeigen will, spontan unter der Einwirkung einer auch leichten Anstrengung.

Aus dem Studium des Falles, das durch Radiographien dokumentiert wird, lassen sich auf Tatsachen gestützte Schlüsse ziehen.

Die Luxation des Handgelenkes, nach vorn oder hinten, muss zur Bildung eines Kapitels für sich in der chirurgischen Pathologie herangelassen werden. Die Madelung'sche Krankheit kann die Luxatio



radio-carpica vortäuschen, die Radiographie legt die Diagnose fest. Die vollständige Heilung kann, unabhängig von jeder Komplikation, ausbleiben. **Buccheri**-Palermo.

29) **Lilienfeld** (Leipzig). Wie heilen die Brüche und Verrenkungen der Finger in der Kassenpraxis? (Fortschr. auf d. Geb. d. Roentgenstr. XVI, 3. Seite 208. Mit 8 Fig.)

L. betont die alte Erfahrung, dass Frakturen gewöhnlich viel zu spät zur mediko-mechanischen Nachbehandlung kommen. Ferner weist er darauf hin, dass Finger-Verrenkungen und dislozierte Brüche selten, wie es verlangt werden muss, möglichst sofort eingerenkt werden. Finger-, besonders Daumenluxationen, werden recht häufig übersehen. Um diese Misstände in der Kassenpraxis zu vermeiden, stellt er folgende Forderungen auf: Dem Kassenarzt ist zur Versorgung eines Knochenbruches die unbedingt nötige Assistenz (Personal der Sanitätswachen!) zu stellen. Bei Verdacht auf Fraktur sofort Roentgenaufnahme, nicht blos Durchleuchtung! — in zwei zueinander senkrechten Ebenen. Im Anschluss daran sofortige Einrichtung. Kontrollaufnahme nach dem Verband. Möglichst frühe mediko-mechanische Nachbehandlung (im Allgemeinen von der dritten Woche an). **Natzler**-Heidelberg.

30) **Stephan** (Königsberg). Ueber Epiphysenlösung am Schenkelhalse und echte Schenkelhalsfrakturen im jugendlichen Alter. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 109, S. 176 ff. 6 Röntgenbilder.)

Schenkelhalsfrakturen bei Jugendlichen sind häufiger als im allgemeinen angenommen wird. Verf. bringt 3 Fälle mit entsprechenden Röntgenbildern. Die Symptome sind im allgemeinen: Trochanterhochstand, Aussenrotation, Adduktion, oft leichte Flexionskontraktur. Bewegungsbeschränkungen, Sugillationen, Schwellungen oder gar Krepitation fehlen oft. Differentialdiagnostisch kommt tuberkulöse Coxitis in Betracht. Schwierigkeiten in dieser Hinsicht beseitigt am besten das Röntgenbild. Therapeutisch kommt in erster Linie Extensionsverband mit permanenter Gewichtsbelastung in Betracht. Dabei sind zeitweise Bewegungsübungen im Knie wichtig. Die Patienten sollen nicht zu früh aufstehen und erst allmählich mit dem ganzen Körper belasten. Schienenstützapparat ist anfänglich empfehlenswert. Bei ungenügender Konsolidation oder zu schlechter Stellung Operation: Subtrochantere lineare oder schräge Osteotomie, eventuell Resektion des Kopfes. Zur Nachbehandlung



wird ein gefensterter Hüftgipsverband mit Extension des Beines empfohlen. **Natzler**-Heidelberg.

31) **Blanchard W.** Coxa vara. (The Americ. journ. of orthop. surgery VIII. 1.)

Unter 1000 Fällen von genu valgum und rachitischen Deformitäten der Unterextremität entfielen sämtliche 32 Beobachtungen von coxa vara und 3 von coxa valga auf Kinder von 3 bis 6 Jahren.

Oft wurde die Schenkelhalsverbiegung erst offenkundig nach Verbesserung der distaleren Deformität. Bei Rachitis ist coxa vara Syndrom von O-Bein, coxa vara von Genu valgum; 2 Beobachtungen von coxa valga und anderseitigem X-Bein; bei beiden Fällen wurde das Bein im Stand in Abduktionsstellnng gehalten.

Bl. hat 4 traumatische Coxa vara-Fälle, 2 bei Arthritis deformans und 1 kongenitalen gesehen. Die ätiologische Behandlung der Tuberkulose erkennt er nicht an.

Die Behandlung ist in jedem Lebensalter undenkbar, solange das Leiden fortschreitet; die Kranken lehnen eine wirksame Therapie ab. Später giebt die Osteotomie gute Resultate.

Landwehr-Heidelberg.

32) **H.-L. Rocher.** Schnappende Hüfte. (Gazette des hôpitaux. 1911, 30.)

R. ist selbst mit schnappender Hüfte behaftet; er stellte 1905 schon vor Ferratons erster Veröffentlichung einen hierhin gehörigen Fall vor. Vorkommen meist im Alter von 20 — 30 Jahren, meist bei Männern. Dle Beschwerden hält R. für meist übertrieben, ebenso die Funktionsbehinderung durch das Phänomen.

Die sch. H. ist stets eine funktionelle Eigentümlichkeit, nie eine Krankheit; ihr können sich pathologische, insbesondere posttraumatische, Zustände (Bursitis) zugesellen. Das Zustandekommen hat R. anatomisch und klinisch wie folgt geklärt. Die gespannte Saite ist die fibrös-sehnige Ausstrahlung des Glut. max., diese gleitet über einen Vorsprung im Trochantergebiet oder dessen Nachbarschaft und wird angespannt durch eine Kontraktion des Glutaeus max. Der Hinweis auf die Verwechslungsmöglichkeit mit der habituellen Hüftluxation erscheint nicht überflüssig. Auch hat R. 2 Fälle beobachtet, in denen zwei kurz aufeinder folgende oberflächliche Geräusche zustande kamen, wenn der Oberschenkel forziert abduziert wurde; über die Entstehung ist er im unklaren. Zur operativen Therapie nichts neues. **Landwehr**-Heidelberg.



33) **R. Bastianelli** (Rom). Un tentativo di cura dell' osteoartrite deformante dell' anca mediante artroplastica. (Rivista ospedaliera 1911, vol. 1, No. 1.)

Hinsichtlich eines klinischen Falles anerkennt Verf. nach Erörterung des Wertes und der Erfolge der wegen dieser Krankheit ausgeführten Operationen (Resektion des Hüftgelenkes, Decapitatio des Femur, Ankylose des Schenkels in Abduktionsstellung etc.), dass das Wirkungsgebiet der Chirurgie bei dieser Krankheit sehr einzuengen ist.

Durch seine Operation oder Arthroplastik bezweckte Verf.: 1. den alterierten Teil zu entfernen und das Fortschreiten des Leidens hintanzuhalten; 2. der Extremität eine zur Funktion geeignetere Stellung zurückzugeben; 3. die Funktion wieder herzustellen und zu erhalten.

Unter Kombination des Tabaksbeutelverfahrens von Ollier mit der Arthroplastikoperation von Murphy und der Operation für Ankylosen, welche Isaja für die Resektion des Ellenbogengelenkes ausführt, erzielte Verf. in seinem Fall ein chirurgisches und funktionelles Resultat, das noch nach mehreren Monaten ein ziemlich gutes war. Photographien und Radiographien sind zur besseren Erläuterung beigegeben.

Verf. ist von der Mangelhaftigkeit dieses ersten Therapieversuches bei einem Leiden, das uns noch in jeder Hinsicht unbekannt ist, überzeugt, hofft aber, dass andere dadurch zu glücklicheren Versuchen angeregt werden möchten. **Buccheri**-Palermo.

34) **Kohls** (Berlin). Knochencyste. (Zentralbl. f. Chir. 1911, No. 14.)

Spontanfraktur des l. Oberschenkels infolge von Knochencyste. Nach Diagnose der Cyste im Röntgenbild Freilegung, Auskratzung. Wegnahme von je 2 cm Knochen an beiden Fragmenten; Knochenbolzen, Naht durch Silberdraht. Heilung mit 4 cm Verkürzung.

Natzler-Heidelberg.

35) **Zur Verth** (Berlin). Knochenveränderungen bei Lues hereditaria heranwachsender Kinder im Röntgenbild, unter besonderer Berücksichtigung des chronischen Kniegelenksergusses. (Zentralblatt f. Röntgenstrahlen etc. 1911, S. 272. mit 3 Tafeln.)

V. hat eine Reihe von Untersuchungen angestellt, um eventuell röntgenologisch differentialdiagnostische Unterschiede zwischen kongenitalluetischem und tuberkulösem Knie heranwachsender Kinder



genau festzulegen. Bei 50 Fällen mit chronischem Hydrops genu syphiliticus waren seine Bemühungen erfolglos. Dann hat er das Knochensystem älterer hereditär-luetischer Kinder überhaupt untersucht und teilt einige interessante Befunde mit. Er bringt Bilder mit diffusen Diaphysenerkrankungen, die von vielen als typische hereditär-luetische Knochenveränderung des zweiten Kindesalters bezeichnet werden, ferner multiple Gummata und Lokalisation der Lues hereditaria an den Epiphysenfugen. Einige Bilder zeigen auffallende Knochenatrophie, doch ist V. mit anderen der Ansicht, dass diese Atrophie im allgemeinen gegen Lues spricht und der Rachitis zur Last zu legen ist. **Natzler**-Heidelberg.

36) **Schulz** (Berlin). Abriss der Ligamenta cruciata. (Zentralblatt f. Chir. 1911, No. 14 S. 500. Sitzungsber. der fr. Vereinig. Berliner Chirurgen.)

Das Lig. cruc. post. war abgerissen und 2 Knochenstücke von der Eminentia intercondyl. post. abgesprengt. Charakteristisch für die Verletzung ist die Möglichkeit bei leicht gebeugtem Knie und Entspannung der Muskeln den Unterschenkel nach hinten zu gegen den Oberschenkel zu verschieben.

Nach Stützung der Diagnose durch Röntgenbild, Operation: Arthrotomie und Resektion des hinteren Kreuzbandes.

37) **Cocco** (Cagliari). Contributo allo studio della eziologia e patogenesi del genu valgum e della talalgia. (Gazzetta internazionale di medicina e chirurgia 1910. Nr. 20.)

Verf. veröffentlicht zwei klinische Beobachtungen, durch die er beweisen zu können glaubt, dass einige Krankheitsformen aus der Gruppe der Affektionen der Wachstumsperiode nicht einen rachitischen oder mechanischen, sondern einen tuberkulösen Ursprung besitzen, und dass der bazilläre Ursprung in einigen Fällen von Genu valgum und Talalgie klar erscheint.

Die tuberkulöse Natur wurde in solchen ausser durch die Familiengeschichte durch die positive Tuberkulinreaktion und das Fehlen früherer rachitischer Erscheinungen und koexistierender Läsionen dieser Art bekräftigt. **Buccheri**-Palermo.

38) **Cipollino** (Novara). La tarsectomia posteriore con piede in atteggiamento plantigrado. (La Clinica chirurgica. 1910. Nr. 10.)

Verf. illustriert einen Fall von Resektion des hinteren Tarsus mit Fuss in normaler Stellung und macht einen Vergleich zwischen



dieser Operation und derjenigen von Wladimiroff-Mikulicz. Er behauptet, dass, wo es möglich ist, der Fuss immer in normale Stellung gesetzt werden muss, selbst wenn nicht nur der hintere, sondern auch der vordere Tarsus, einige Zentimeter der Tibia und Fibula und ein kurzes Stück von der Haut des Kalkaneus durch den entzündlichen oder tuberkulösen Prozess invadiert sind. Die zurückbleibende Höhle füllt sich, zweckmässig drainiert, rasch mit kompaktem fast knöchernem Bindegewebe aus (besonders wenn man darauf bedacht gewesen ist, das Periost der plantaren Fläche des Kalkaneus in situ zu lassen) und der Fuss hält das Körpergewicht sehr gut aus. Es bleibt eine Verkürzung der Extremität um sieben oder acht Zentimeter zurück. Verf. zitiert das Verfahren von Negretto zu Lodi und nimmt für Parona zu Novara das Verdienst in Anspruch, die notwendigen und genügenden Bedingungen festgelegt zu haben, um einen Fuss nach Resektion des Tarsus, der Tibia und der Fibula in normaler Stellung zu halten. Verf. behauptet, dass die Resektion nach Wladimiroff-Mikulicz nur anzuwenden ist, wenn die Wahl nur auf sie oder die Amputation des Fusses fallen kann, und zwar namentlich wenn die ganze Haut des Kalkaneus durch den Prozess invadiert ist. **Buccheri**-Palermo.

39) **Stumme** (Leipzig). Kompressionsfraktur des Knochenkerns des Os naviculare pedis. (Fortschr. auf dem Geb. der Röntgenstr. XVI, 5. S. 342. Mit 4 Figuren und 3 Textskizzen.)

Kasuistischer Beitrag zur sogenannten Köhler'schen Knochenerkrankung. 5jähriger Knabe erlitt ein Trauma durch Herabspringen von einem Wagen. Bei der Untersuchung (ca. 3 Monate später) leichtes Hinken auf dem linken Fuss, Schwellung in der Gegend des Naviculare. Geringe Druckempfindlichkeit, ebenso geringe Empfindlichkeit bei passiven Drehungen des Fusses. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Tuberkulose. Roentgenaufnahme ergibt Kompressionsfraktur des Naviculare-Kerns. Behandlung: Gipsverband in rechtwinkliger Fusstellung auf einen Monat, dann 4 — 5 Wochen leichte Massage, Wickelungen, Einlage, die 6 Monate getragen wurde. Heilung.

Aetiologisch kommt wohl immer Trauma in Frage.

Natzler-Heidelberg.

40) **Reclus.** Le esostosi sotto-cutanee e la talalgia. (La Riforma medica. 1 genn. 1911.)

Die Talalgie ist sicher in der ungeheuren Mehrheit der Fälle



gebunden an die Exostose: es können aber subkalkaneäre Exostosen ohne Talalgie vorkommen. **Buccheri**-Palermo.

41) **G. Becchi.** Intorno ad una notevole osservazione di lipoma dell' articolazione astragalo-scafoidea interna. (Gazzetta internaz. di medicina e chirurgia 1910, No. 43.)

Beschreibung einer klinischen Beobachtung.

Buccheri-Palermo.

42) **Müller** (Berlin). Zur Klinik des Plattfusses und der Zehendeformitäten. (Med. Klinik 1911, No. 14 S. 530 ff.)

Der statische Platt- oder Senkfuss kommt nach M. zustande in letzter Linie durch Störung des Antagonismus der Fussmuskeln zu ungunsten der Beuger. Normalerweise haben die Beuger am Fusse das Uebergewicht über die Strecker. Durch ungünstige Blutversorgung (schlechte Herztätigkeit, Arteriosklerose, mechanischer Druck, durch schlechte Strümpfe und Schuhe) werden die Beuger geschädigt, sie können ihre Funktion nicht mehr ausüben, erschlaffen, werden überdehnt und die Fusswölbung sinkt ein. Die Strecker erhalten das Uebergewicht. Dazu soll noch ein weiteres Moment kommen: Die Beugemuskeln sind entwickelungsgeschichtlich „Greifmuskeln", haben aber mit der fortschreitenden Kultur diese Bestimmung verloren und bewegen sich, wie jedes Organ, das seiner eigentlichen Bestimmung entzogen ist, auf einer rückschrittlichen Bahn. So wäre also auch der Plattfuss unter die Kulturkrankheiten „entwickelungsgeschichtlich" eingereiht. Auf gestörten Muskelantagonismus werden auch die Entstehung der Hammerzehen und des Hallux valgus zurückgeführt.

Prophylaktisch rät M., die Kinder nicht zu frühe laufen zu lassen. Für gute Blutversorgung des Fusses ist besonders zu sorgen. Das Schuhwerk muss richtig gebaut sein (vorne nicht nur breit, sondern auch genügend hoch), Fussgymnastik in jeder Form (Barfusslaufen) wird empfohlen. Alle starren Plattfusseinlagen verwirft M., da sie angeblich die nötige Bewegungsfreiheit der Zehen aufheben. Die Einlagen müssen elastisch sein. Eventuell müssen bei Knochenveränderungen im Fussskelett blutige oder unblutige chirurgische Eingriffe ausgeführt werden.

Prophylaxe und Therapie der Hammerzehen und des Hallux valgus ergeben sich aus dem Vorhergesagten. Vor eventuellen chirurgischen Massnahmen ist ein einfacher Apparat zu versuchen, der darin besteht, dass auf einer Ledersandale, die im Schuh getragen wird, durch Bändchen die Zehen gestreckt und die grosse Zehe adduziert werden. **Natzler**-Heidelberg.



43) **E. Greggio.** Intorno al mal perforante plantare. (Il Tommasi 1910, Nr. 28—29.)

Verf. beschreibt diesen Krankheitsprozess und zeigt sich als Anhänger der Behandlungsmethode nach Chipault, d. h. Verlängerung des Nerven und Reinigung des trophischen Ulcus.

Buccheri-Palermo.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

44) **Traugott.** Wissenschaftl. Vereinigung am städt. Krankenhaus Frankfurt a. M. 10. I. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 10. 1911.)

Missbildungen. 1. Rechter Arm· Mikromelie. Linker Arm: Spontanamputation im oberen Drittel des Humerus. 2. Spontanamputation der rechten Hand und Mittelhand mit 5 häutigen Gebilden anstelle der Finger, die dem Stumpf aufsassen. **Hohmann**-München.

45) **Pfaundler.** Münch. Gesellschaft f. Kinderheilkunde. 10. II. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 11. 1911.)

Pseudorachitisme syphilitique. Eine Spätform kongenitaler Lues mit hochgradigen multiplen Verkrümmungen der Gliederknochen, die Rachitis vortäuschen, jedoch nach dem Röntgenbefund luetischen Ursprungs sind. Salvarsan.

Hohmann-München.

46) **Kellner.** Aerztl. Verein Hamburg. 14. II. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 9. 1911.)

Verlangsamte Knochenbildung bei einem Kretin. 7jährige Kretine zeigt im Röntgenbild an der Handwurzel eine Knochenanlage nur in 2 Handwurzelknochen, während beim normalen gleichaltrigen Kind 6 Kerne sichtbar sind. Durch dauernde Jodothyrinbehandlung ist das Kind in 3½ Jahren sehr gewachsen und auch geistig günstig beeinflusst worden.

Hohmann-München.

47) **David.** Verein der Aerzte Halle. 11. I. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 10. 1911.)

1. Atonisch-astatischer Typus der infantilen Zerebrallähmung (Foerster). Abnorm starke Beweglichkeit vieler Gelenke, Astasie des Kopfes, Rumpfes und Beckens. Muskelkraft ist nicht herabgesetzt, elektrischer Befund nicht verändert, Spasmen und Paresen fehlen. Durch methodische Uebungen gelang es, einen Teil der Astasie zu beseitigen.

2. Linksseitige Lähmung eines Teils der schiefen und queren Bauchmuskulatur. 3jähriges Kind. Poliomyelitis. Baucheingeweide treten bei intraabdominalem Druck tumorartig vor, ähnlich der Pseudohernia lumbalis.

Hohmann-München.



48) **Deutschländer.** Aerztl. Verein Hamburg. 14. II. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 9. 1911.)

Nagelextension. Oberschenkelbruch bei 13jährigem Mädchen mit 6 cm Verkürzung geheilt. Dadurch Skoliose. Deshalb schräge Osteotomie des Femur und siebenwöchige Nagelextension mit Gewicht bis 25 Ko. Vollkommene anatomische und funktionelle Heilung. **Hohmann**-München.

49) **Blencke.** Mediz. Gesellsch. Magdeburg. 15. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 14. 1911.)

1. Bursitis subacromialis. Im Röntgenbild erhebliche Kalkablagerung in der Bursa. Kein Trauma. Heissluft von günstigem Einfluss.

2. Pseudocallus. Nach einem Trauma war im Röntgenbild am Condylus medialis femoris ein langgezogener schmaler Schatten zu sehen, parallel dem Femur. In einem Fall fand sich der Schatten sogleich, in zwei anderen Fällen erst 4—10 Wochen nach der Verletzung, also keine Absprengung, sondern wohl Periostverletzung mit Bildung eines Pseudocallus.

3. Sesambeinfraktur. Durch Fall einer schweren Eisenstange auf den Fuss Bruch des medialen Sesambeines. Kein Os bipartitum wegen der deutlich gezackten unregelmässigen Bruchlinie und des umschriebenen Druckschmerzes.

4. Spontanfraktur der Tibia. Im Anschluss daran eine Arthropathie des Fussgelenkes, Beginn vor 3 Jahren, als noch keine Zeichen von Tabes bestanden. Frühsymptom. Arthropathie seit 1 Jahr durch Schienenhülsenapparat zum Stillstand gekommen.

5. Mal perforant du pied. Zurückzuführen auf Arthropathie des Mittelfusszehengelenkes der kleinen Zehe. **Hohmann**-München.

50) **Huismans** (Köln). Rheinisch-westfäl. Gesellsch. f. innere Medizin u. Nervenheilkunde. 20. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 9. 1911.)

Doppelseitige Halsrippe. Nur die linke Halsrippe machte Beschwerden, die rechte wurde erst im Röntgenbild festgestellt.

Hohmann-München.

51) **Grossmann.** Aerztl. Verein Frankfurt a. M. 12. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Muskulärer Schiefhals. Exstirpation nach Mikulicz. Keine Nachbehandlung nötig. Diskussion: Leser exstirpiert nur ausnahmsweise den Muskel, legt grossen Wert auf die Nachbehandlung. Grossmann legt nur für 4—5 Tage einen steifen Verband an. **Hohmann**-München.

52) **Preiser.** Aerztl. Verein Hamburg. 31. I. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Willkürliche Luxation der linken Klavikula. 18jähr. Mädchen kann unter lautem Geräusch das Schlüsselbein unter und hinter den sternalen Bauch des Sternocleido-mastoideus luxieren, sowie die Schulter vor- oder rückwärts verlagert wird. Keine Beschwerden. **Hohmann**-München.



53) **Preiser.** Aerztl. Verein Hamburg. 14. III. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 13. 1911.)

Fraktur im Collum chirurgicum humeri. In der Bardenheuerschen portativen Extensionsschiene gelingt die Einrichtung der Fragmente ausgezeichnet. Auch bei Fraktur beider Vorderarmknochen im unteren Drittel, bei der das distale Fragment aus seiner dorsalen Abweichung nicht zu reponieren war, gelang die Reposition spielend in der B.'schen Vorderarmschiene.

Hohmann-München.

54) **Beitz** (Köln). Rheinisch-westfäl. Gesellsch. f. innere Medizin und Nervenheilkunde. 20. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 9. 1911.)

Bursitis subacromialis. 36jähriges Fräulein, Trauma der Schulter im Röntgenbild wolkenförmige Schatten oberhalb und seitlich des Humeruskopfes. 10 Tage Streckverband, dann Heissluft, Massage und Bewegungen Unter Röntgenkontrolle allmähliches Verschwinden des Schattens. In der Diskussion glauben Grober und Dahlhaus, dass die Flecken nicht Kalkablagerungen, sondern Bluterguss im Schleimbeutel sind.

Hohmann-München.

55) **Grünfeld.** Gesellsch. f. innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 14. 1911.)

Klumpfüsse, Luxation des Radiusköpfchens und Syndesmose zwischen Radius und Ulna bei achtmonatl. Säugling. Hände stehen in fixierter Pronationsstellung, federn bei passiver Supination wieder zurück. Ursache: Fruchtwassermangel. **Hohmann**-München.

56) **Veit.** Verein der Aerzte Halle a. d. S. 14. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Polydaktylie. Kind mit 8 Zehen an einem, 7 am anderen Fuss, 7 Fingern der einen und 6 Fingern der andern Hand. Wassermann der Mutter negativ. Nichts Hereditäres nachweisbar. **Hohmann**-München.

57) **Zendig.** Altonaer ärztl. Verein. 22. II. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 14. 1911.)

Hysterische Kontraktur der Hand- und der Fingergelenke. Grosse Schmerzhaftigkeit, Oedeme in der Nähe des Handgelenkes mit leichter lokaler Temperatursteigerung, elektrischer Befund normal. Mehrwöchentliche hypnotische und elektrische Suggestivbehandlung beseitigt die Kontrakturen.

Hohmann-München.

58) **Wendel.** Med. Gesellschaft Magdeburg 17. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 8. 1911.)

Enchondrom des Fingers. 13jähr. Knabe. Ursprünglich von anderer Seite als Spina ventosa angesehen, mit Jodoforminjektionen behandelt. Zentrale Form, die die Grundphalanx sowohl als auch die Mittelphalanx des kleinen Fingers betraf. **Hohmann**-München.



59) **Brückner**. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde zu Dresden. 28. I. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 14. 1911.)

Angeborene und frühzeitig erworbene Lähmungen der unteren Extremitäten. $1^3/_4$jähriges Mädchen konnte von klein auf die Beine nicht gut bewegen, nicht gehen und stehen. Kind gut entwickelt, nicht rachitisch, starke Hypotonie der Muskeln der unteren Extremitäten, Parese der proximalen Muskeln (Strecker des Unterschenkels, Oberschenkels und der Adduktoren), fehlende Patellarreflexe, erhaltene Intelligenz und Sensibilität.

5jährige Schwester. Dasselbe Leiden, angeboren, in noch höherem Grade. Die unteren Extremitäten zeigen Beugekontrakturen in Hüft- und Kniegelenken. Hochgradige Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit.

Bei dem jüngeren Kinde hatte sich die Bewegungsstörung sicher erst nach dem 6. Monat entwickelt.

Diagnose: wahrscheinlich frühinfantile hereditäre spinale Muskelatrophie.

Hohmann-München.

60) **P. A. Müller.** Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde Dresden. 3. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Fall von spontan geheilter kongenitaler Hüftgelenksluxation 3jähriges Mädchen, bei dem vor $1^1/_2$ Jahren durch Röntgenbild linksseitige Hüftluxation festgestellt wurde. Bei der neuen Untersuchung bestand die Luxation nicht mehr. Mutter gab an, dass das Kind bei maximal gespreizten Beinen gefallen sei, in der linken Hüfte über Schmerzen geklagt und einige Zeit gehinkt habe. Allmählich sei der Gang immer besser geworden. Offenbar hatte spontane Reposition über den oberen Pfannenrand stattgefunden. — Rupprecht sah 3 ähnliche Fälle, bei denen vielleicht die Eltern durch Abduzierung beim Pudern des Kindes die Einrenkung vollzogen haben. Auch O. Kaiser sah einen durch Röntgenbild bestätigten derartigen Fall.

Hohmann-München.

61) **Hasslauer**. Aerztl. Verein Frankfurt a. M. 12. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Koxitis. Eine sehr schmerzhafte Koxitis mit Fieber, grosser Verkürzung durch Subluxation, starker Adduktion und Innenrotation, wurde mit Gehapparat unter langsamem allmählichen Redressement wesentlich gebessert in Stellung und Verkürzung. **Hohmann**-München.

62) **Rudow.** Aerztl. Verein Frankfurt a. M. 12. XII. 1910.) (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Hüftkontraktur durch Myositis fibrosa des Sartorius. Leser glaubt an ischämische Ursache. **Hohmann**-München.

63) **Preiser.** Aerztl. Verein Hamburg. 31. 1. 1911. (Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Epidurale Injektionen bei Ischias. Gute Erfolge, bisweilen Heilung durch eine Einspritzung in den Sakralkanal, oft mehrere, 8—10 ccm physiologische Kochsalzlösung. **Hohmann**-München.



64) **Rudow.** Aerztl. Verein Frankfurt a. M. 12. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Knochenverletzung des Adolescens. In den ersten Lebensjahren schwere rachitische Verkrümmungen. Allmähliche Zunahme der Verkrümmung des rechten Oberschenkels bis zum 12. Jahr. Von da an bis zum 14. tritt hochgradige Erweichung dieses Knochens und Tragunfähigkeit ein. Leser denkt an schlecht geheilte Fraktur im frühen Kindesalter.

Hohmann-München.

65) **Grossmann.** Aerztl. Verein Frankfurt a. M. 12. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Doppelseitige Quadrizepslähmung. 14jährige Patientin. Poliomyelitische Lähmung. Vor 2 Jahren beiderseits Verpflanzung von Bizeps und Semimuskeln auf die Patella und Sehnentransplantation n zur Beseitigung der Spitzfüsse. Pat., die früher nicht ohne grosse Apparate gehen konnte, kann jetzt allein mehrere Stunden gehen. Vollständige aktive Streckung der Kniegelenke. Diskussion: Leser fragt nach der Fixationsmethode. Grossmann: Naht mit Seide unter grosser Spannung. **Hohmann**-München.

66) **Grossmann.** Aerztl. Verein Frankfurt a. M. 12. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Doppelseitiges Genu valgum. Suprakondyläre Osteotomie nach Röpke: Durchmeisselung von der lateralen und medialen Seite aus in zwei nach unten konvergierenden Ebenen, sodass die Meisselwunden die Form eines lateinischen V haben. **Hohmann**-München.

67) **Barabo.** Nürnberger med. Gesellschaft. 10. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 9. 1911.)

Luxation des Wadenbeinköpfchens nach hinten. Bei 58jährigem Arbeiter durch Fall auf das linke Knie entstanden durch den starken Muskelzug des Bizeps. **Hohmann**-München.

68) **Leser.** Aerztl. Verein Frankfurt a. M. 12. XII. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 7. 1911.)

Behandlung des Plattfusses. Der Pes valgus ist die Grundbedingung der Entstehung des Plattfusses. Oft genügt der Scarpasche Stiefel mit innerer Schiene. Bei fixierten X-Füssen zuerst korrigierender Gipsverband für einige Wochen. Einlagen nach Gipsabdruck, den er durch Treten in Gipsbrei nimmt. — Lilienfeld macht beiderseitige supramalleoläre Osteotomie mit Fixation in Varusstellung. **Hohmann**-München.

69) **Hoffmann**-Düsseldorf. Rheinisch-westfäl. Gesellsch. f. innere Medizin und Nervenheilkunde. 20. XI. 1910. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 9. 1911.)

Claudicatio intermittens (Erb). 58jähriger Mann mit Schmerzen in beiden Waden seit 2 Jahren im Gehen, die beim Stillstehen verschwinden. Fusspulse fehlen, bläuliche Färbung der Zehen, Nägel teilweise verkümmert.



Füsse kühl. Röntgenbild zeigt Kalkeinlagerung in den Arterien der Unterschenkel. **Hohmann**-München.

70) **Die deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge** hielt am 23. und 24. Juni in Dresden eine sehr gut besuchte Tagung ab zur Besichtigung des von ihr errichteten und reichhaltig ausgestatteten Pavillons auf der Hygiene-Austellung. Herr Erziehungsinspektor Segel - Berlin hielt einen mit Projektionsbildern und kinematographischen Vorführungen kombinierten Vortrag über das Thema: „Was will und was kann die neuzeitige Krüppelfürsorge?"

Es wurde die Errichtung eines Museums für Krüppelfürsorge in Berlin und im Anschluss an die dortige Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt beschlossen.

Die Krüppelfürsorge erscheint vor der Oeffentlichkeit zum ersten Male in Form einer Ausstellung Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge auf der Hygiene-Ausstellung in Dresden in einem eigenen blumengeschmückten geräumigen Pavillon. Die hervorragendsten Fachmänner haben das grosse Gebiet in einzelnen Gruppen bearbeitet und eine solche Fülle von Material zusammengetragen, dass sein Studium durch die Anschaulichkeit einen Lehrkursus in der Krüppelfürsorge darstellt, wie er besser auf keine andere Weise gegeben werden kann. Die ärztlichen Leistungen sind in 9 Gruppen dargestellt. Sie veranschaulichen in Präparaten, Gipsabgüssen, Moulagen, durch Apparate, schematische Darstellungen Photographien, Heilerfolge und Röntgenbilder die überaus reichen Aussichten, welche die Heilung des Krüppeltums bietet. Alte Stiche und Bilder, alte Schienen und Redressionsapparate — zum Teil aus dem Germanischen Museum und der Sammlung staatlicher Lehrmittel in Preussen stammend — dazu ein Fries von Bildern, schildern die Geschichte der Krüppelfürsorge. Modelle, Pläne, Einrichtungsgegenstände, Operationstische, medicomechanische Apparate zeigen im Modell und Original, wie ein modernes Krüppelheim eingerichtet ist. Uebersichtliche Tabellen schildern die statistischen Verhältnisse, die besonders anschaulich durch eine Gruppe wiedergegeben sind: eine Puppe von der Grösse eines 14 jährigen Mädchens stellt die Zahl der gezählten jugendlichen Krüppelkinder in Deutschland dar, ein Junge von der Grösse eines 3 jährigen die Zahl der heimbedürftigen, ein Püppchen von 12 cm Länge die Zahl der selbst Aufnahmewünschenden. Davor steht ein Puppenbettchen von 5 cm, welches die Zahl der vorhandenen Plätze darstellt; in diesem Bettchen sollen alle Platz finden.

Besonders reichhaltig ist die Ausstellung „Schule und Handwerk" beschickt, welche zeigt, mit wie reichen Mitteln die Krüppelschule heute erfolgreich arbeitet und wie gross die Erwerbsmöglichkeiten für die Krüppel sind. 75 verschiedene Handwerke werden in deutschen Krüppelheimen gelehrt. Von den meisten sind Ausstellungsgegenstände vorhanden: Bürsten, Deckchen, Schneiderei, Stickerei, Schuhmacherei, Uhrmacherei, Photographie u. a. m. Der Pavillon ist dauernd von neugierigen und erstaunten Menschen angefüllt, die alle ihre Verwunderung darüber aussprechen, dass im Stillen ein Gebiet sozialer Hilfe sich entwickelt hat, von dessen Umfang und Leistungsfähigkeit die wenigsten Menschen eine Ahnung haben. Der Besuch wird jedem Menschenfreunde einen lehrreichen Genuss verschaffen, und es ist nur auf das dringendste zu wünschen, dass diese in ihrer Art ganz einzige Ausstellung nicht wieder in alle Winde zerstreut wird, sondern an einem Ort zu einem Museum vereinigt bleibt.



Inhalt: Zur operativen Heilung der habituellen Patellarluxation. Von Dr. **Friedrich Porzig**-Heidelberg. (Originalarbeit.)

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Professor Dr **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstrasse 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW. 6, Karlstrasse 15, einsenden.





Fig. 1.



Fig. 1 a.



Fig. 2.



Fig. 2 b.



Fig. 3.



Fig. 3 c.

Hohmann.

Verlag von S. Karger in Berlin.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. **September 1911.** **Heft 9.**

(Aus der orthopädischen Anstalt von Dr. Hohmann in München.)

Hüftschaukelsitz zur Behandlung der Lumbalskoliose und Lumballordose.

Von Dr. GEORG HOHMANN-München.

(Hierzu Tafel I mit 6 Abbildungen.)

1. Lumbalskoliose.

Zur Bekämpfung der oft überaus hartnäckigen und schwer angreifbaren Lumbal- und Lumbodorsalskoliose habe ich einen aktiven Redressionsapparat konstruiert, der sich durch grosse Einfachheit ebenso wie durch seine Wirksamkeit auszeichnet. Sein Prinzip ist eine Senkung der einen Beckenhälfte, die vom Patienten durch aktive Arbeit der Rückenmuskeln hergestellt w[illegible] Der Apparat besteht in einem Schemel, auf dem eine um eine[illegible]gittale Achse in der Mitte drehbare Sitzplatte im Durchschnitt von etwa 40 zu 40 cm angebracht ist, und zwar etwa 8 cm über dem Schemel. Die Sitzplatte hat auf der einen Seite eine 10 cm hohe vertikale Leiste als Gegenhalt und ruht mit der anderen Seite auf einer 8 cm hohen Leiste des Schemels auf, sodass sie in der Ausgangsstellung genau horizontal steht. Auf der Seite, auf der die Platte horizontal aufruht, befinden sich vorn und hinten am Schemel zwei Stangen, an deren einer sich der Patient bei der Uebung leicht anhält. Der Apparat ist für linkskonvexe Biegungen ebenso wie für rechtskonvexe zu benutzen, indem sich der Patient das eine Mal von der vorderen, das andere Mal von der hinteren Seite auf den Schaukelstuhl setzt und sich an der jeweils vorderen Haltestange anhält. Als Widerstand bei der Senkung der Sitzplatte ist eine Spiralfeder auf der entgegen-

gesetzten Seite auf der Unterfläche der Platte angebracht, die unten an einer Querleiste des Schemels befestigt ist. Die Feder ist aushängbar und durch verschiedene Stärken ersetzbar. Ferner ist noch im hintern Abschnitt der Sitzplatte auf der Senkungsseite ein Keilpolster angebracht, das durch Steckzapfen in Löchern der Gegenhaltleiste befestigt wird und ebenfalls je nach der rechts- oder linksseitigen Verbiegung bald vorn bald hinten eingesteckt werden kann. Es wird verwendet bei Fällen mit Torsion. Ueber seine nähere Anwendung weiter unten.

Die Uebung wird so ausgeführt, dass der Patient auf dem Hüftschaukelsitz Platz nimmt, und zwar bei linkskonvexer Lumbal- bezw. Lumbodorsalskoliose so, dass er mit der linken Hand sich an der vorderen Haltestange anhält (Fig. 1 a). Darauf senkt er langsam aktiv seine rechte Beckenseite unter Ueberwindung des Spiralfederwiderstandes (Fig. 1 b) und geht langsam wieder in die horizontale Ausgangsstellung zurück. Der Senkungswinkel beträgt etwa 45° und kann durch eine eingeschobene Leiste beliebig verringert werden. Die Uebung ist neben den anderen Uebungen und Massnahmen täglich 1—2 mal ¼—½ Stunde lang auszuführen. Je nach der Körpergrösse und Kraft schalte ich beliebig starke Spiralfedern ein. Schon aus den Abbildungen ist die Wirkung der Uebung teilweise ersichtlich. Die linkskonvexe lumbodorsale Biegung in Figur 1 und 2 wird durch das aktive Senken der rechten Beckenseite in eine rechtskonvexe Biegung verwandelt, die von der Mitte der Brustwirbelsäule beginnt und in den letzten Lendenwirbeln endigt, mit dem Scheitel im 11. bis 12. Brustwirbel. Die Abbiegung der Wirbelsäule bei diesen Uebungen ist eine ausserordentlich kräftige. Neben der Umbiegung des lumbalen Teiles wird aber auch meist ein deutlicher Einfluss auf den oberhalb der Biegung gelegenen Abschnitt der Wirbelsäule ausgeübt. Bei den lumbalen und lumbodorsalen Formen verläuft dieser Teil bekanntlich entweder so, dass er wieder nach der Mittellinie umbiegt und in ihr in die Höhe steigt (Fig. 2 a) oder meistens so, dass er nach einer kurzen Hinneigung zu der über dem Kreuzbein errichteten Vertikalen gerade aufsteigt, parallel neben dieser, indem dabei der Rumpf gewöhnlich in toto nach dieser Seite der Seite der Konvexität verschoben ist (Fig. 1 a). Die Uebung auf dem Hüftschaukelsitz wirkt nun auf diesen oberhalb der Lumbalkrümmung gelegenen Abschnitt so ein, dass dessen Wirbel ebenfalls zum Teil in die Krümmung des Lendenteiles mit hineinbezogen und dadurch der Vertikalen wieder genähert werden. Aus den Abbildungen ist



dies ersichtlich. Bei den Uebungen selbst sind die Streckmuskeln des Rückens, die erectores trunci, kräftig kontrahiert, besonders kräftig derjenige der gesenkten Beckenseite. Diese Muskeln leisten also tüchtige Arbeit. — Die Wirkung der Uebung besteht 1. in der Kräftigung der Streckmuskulatur durch die aktive Umbiegung der Wirbelsäule, 2. in der Mobilisierung des versteiften Wirbelsegments durch Dehnung der Weichteile der konkaven Seite bei schweren Skoliosen, 3. möglicherweise in der Schaffung ausgleichender Abbiegungen in den Weichteilen, den Intervertebralscheiben, zur Korrektur der Deformität.

Besteht konvexseitige Torsion, so wird durch Einfügen des festen Keilpolsters an der hinteren Seite der Sitzplatte eine leichte Detorsion der Wirbelsäule bei der Beckensenkung durch Rückwärtsdrehung der betreffenden Beckenhälfte erzielt; die Senkung erfolgt in einem schrägen Durchmesser. Bei konkavseitiger Torsion setzt man den Keil an der vorderen Seite ein, wodurch das Becken nach der anderen Seite bei der Senkung gedreht wird. Besteht eine Gegenbiegung der Dorsalwirbelsäule, so ist nicht zu befürchten, dass diese durch die Neigung des Körpers nach dieser Seite bei der Uebung verstärkt werde, im Gegenteil flacht sie sich meist durch die Umkehrung der lumbalen Krümmung ebenfalls ab. Zur Unterstützung kann man noch einen leichten Gurt unter der Schulter von den Haltestangen aus durchführen, um ein Ueberhängen des Rumpfes bei der Senkung zu verhindern. — Die Uebung ist also eine aktive Korrekturübung und keinesfalls in die gleiche Reihe mit dem schiefen Sitz zu stellen. Denn dieser wirkt rein statisch. Auf die Bedenken gegen ihn in manchen Fällen hat Schulthess treffend hingewiesen. Der Hüftschaukelsitz aber biegt nicht statisch, sondern durch aktive Tätigkeit der Rückenmuskeln die Lumbalkrümmung um. Während bei den Beckensenkungsübungen, die im Stehen ausgeführt werden, und die auch weniger eine Uebung der Rücken- als vielmehr der Adduktorenmuskeln darstellen, stets eine Verstärkung der Lendenlordose durch Beckendrehung zu beobachten ist, wird bei dieser im Sitzen ausgeführten Uebung die Lordose abgeflacht. Deshalb kann man z. B. Patienten mit lordotischer Albuminurie, bei denen gleichzeitig eine Lendenskoliose besteht, niemals Beckensenkungsübungen im Stehen ausführen lassen, weil dabei das Eiweiss vermehrt wird. In einem solchen Falle habe ich erst nach Weglassen dieser Tretübungen und Anwendung des Schaukelsitzes in kurzer Zeit die Beseitigung der Eiweissausscheidung und eine allmähliche Abflachung der Lendenlordose erzielt. Ist



der Hüftschaukelsitz natürlich auch kein Allheilmittel für die hartnäckige Lendenskoliose, so stellt er nach meiner Erfahrung unter den anderen Mitteln der aktiven und passiven Korrektur ein recht wirksames und dabei einfach zu handhabendes, auch für die Hausbehandlung leicht zu beschaffendes Instrument dar.

2. Pathologische Lumballordose.

Die höheren Grade der Lumballordose, entstanden durch Rachitis oder Muskelschwäche, lassen sich mit Hilfe des eben beschriebenen Hüftschaukelsitzes in der Weise wirksam beeinflussen, dass der Patient zwischen den beiden Haltestangen auf der Sitzplatte Platz nimmt, sich vorn an den Stangen hält und aktiv das Becken unter Ueberwindung des Spiralfederwiderstandes nach hinten senkt (Fig. 3a u. b). Dabei entsteht an Stelle der Lendenlordose eine wirkliche Lendenkyphose. —

Der Hüftschaukelsitz wird von Behrends-München, Rottmannstr. 26 in einfacher Fichtenholzausführung zum Preis von 20 Mark, in gutem Lärchenholz für 25 Mark hergestellt.

Spezielle Chirurgische Diagnostik für Aerzte und Studierende. Bearbeitet von Prof. Dr. F. De. Quervain-Basel. Mit 462 Abbildungen im Text und 4 Tafeln. Dritte vervollständigte Auflage. (Leipzig, 1911. F. C. W. Vogel. Preis 16 Mk.)

Als Anleitung für den Studierenden, als Leitfaden für den praktischen Arzt ist das prächtige Buch gedacht und verfasst. Aber ich möchte behaupten, dass seine Lektüre nicht geringeren Genuss für den Chirurgen und Orthopäden bietet. Ja dieser weiss erst ganz seine Bedeutung zu würdigen, welche ihm dadurch zukommt, dass es kein schematisches, mühsam zusammengeleimtes Lehrbuch darstellt, sondern ganz aus eigener Erfahrung und Praxis in ursprünglicher Frische herausgewachsen ist.

Mit der klaren lebendigen Schreibweise vereinigen sich die vorzüglich gewählten und ebenso wiedergegebenen Illustrationen, um dem Werk einen geradezu klassischen Wert zu verleihen. Speziell der Orthopäde wird in den ihn interessierenden Kapiteln so viel Interessantes und Lehrreiches und daneben Altes in so ausgezeichneter Darstellung finden, dass er wie der Referent das Buch nur ungern aus der Hand und nicht weit zur Seite legen wird.

Vulpius-Heidelberg.



Jahrbuch für orthopädische Chirurgie. Bearbeitet von Dr. Paul Glaessner. Erster Band 1909. Zweiter Band 1910.
(Berlin, 1911. Julius Springer. Preis 10 Mk.)

Der Wunsch nach einem zusammenfassenden Jahresbericht über die wissenschaftlichen Leistungen der Orthopädie ist nicht neu. Ihm ist auf Anregung der „Münch. Mediz. Wochenschrift" während einer Reihe von Jahren vom Referenten nachgekommen worden. Er weiss darum auch die Schwierigkeiten einer solchen Darstellung sowohl wie die Güte der vorliegenden beiden ersten Jahrbücher zu beurteilen. Ich glaube, wir müssen das Unternommene wie das Geleistete dankbar begrüssen. Ein solch geordneter und ruhiger Rückblick auf die Jahresarbeit wirkt belehrend und wohltuend zugleich nach der Hast des täglichen Schaffens, er gibt ferner dem Weiterstrebenden wertvolle Fingerzeige für erneutes Arbeiten und Suchen.

Vivat sequens! **Vulpius**-Heidelberg.

Die Anschlagsbewegungen beim Klavierspiel. Von Prof. Dr. Alexander Ritschl-Freiburg i. Ba.
Mit einem anatomischen Titelbild und 66 Figuren im Text nach Originalzeichnungen des Verfassers. (Berlin, Gr. Lichterfelde, C. F. Vieweg. Preis 3.50 Mk.)

Arzt und Musiker zugleich hat der Verf. sich der ebenso dankenswerten als schwierigen Aufgabe unterzogen, sorgfältige physiologisch-mechanische Studien über das Klavierspielen anzustellen und die Ergebnisse für die Technik und Pädagogik des Klavierspielens zu verwerten. Ein Schlusskapitel der interessanten Schrift schildert kurz die durch das Klavierspiel hervorgerufenen Erkrankungen.

Die Darstellung ist eine populäre im besten Sinne des Wortes. Die Illustrationen sind ungemein instruktiv. Ist das kleine Buch auch in erster Linie für Klavierlehrer und -Schüler geschrieben, so wird doch auch der Arzt mit Interesse von den Untersuchungen und Erwägungen über Muskel- und Gelenkmechanik der Hand Kenntnis nehmen. **Vulpius**-Heidelberg.

Kompendium der Röntgendiagnostik. Von Edgar Ruediger.
(Würzburg, 1911. Curt Kabitzsch (A. Stuber). Preis 3 Mk.)

Die kleine Schrift gibt in 5 Druckbogen einen kurzen Ueberblick über die diagnostische Bedeutung des Röntgenverfahrens für die heutige Medizin, sie ist in erster Linie zur oberflächlichen Orientierung des in der Praxis stehenden älteren Arztes bestimmt.

Ihm soll die Notwendigkeit, das Verfahren zu verwerten, vor Augen geführt werden, er soll ferner in den Stand gesetzt werden, ihm vorgelegte Röntgenbilder zu deuten.

Mehr als eine erste Anregung und Anleitung kann und will die Schrift nicht geben, diesem Zweck aber ist sie in sehr geschickter Weise angepasst. Der inneren Medizin ist natürlich im Hinblick auf den gewählten Leserkreis der Löwenanteil zugefallen.

Vulpius-Heidelberg.

---

1) **Cramer.** Ueber Wesen und Behandlung der Osteomalazie. (Münch. Med. Woch. Nr. 8, 1911.)

C. weist von Neuem auf die Beziehungen des Ovariums zur Osteomalazie hin, auf den endemischen Charakter der Erkrankung, berichtet über eine Gegend bei Bonn, in der nicht nur Menschen, sondern auch Tiere auffallend häufig an Knochenerweichung erkranken, und betont, dass der Boden dortselbst besonders kalkarm ist. Jahrelang kann die klinische Diagnose sehr schwierig sein, solange keine Knochenveränderungen, sondern nur Schmerzen im Rücken, Brustkorb und Extremitäten, gesteigerte Sehnenreflexe und paretische Zustände an den unteren Extremitäten bestehen. Ein wichtiges Symptom ist die Behinderung und Schmerzhaftigkeit der Abduktion der Oberschenkel. Therapeutisch steht die Kastration im Vordergrund, und zwar radikale Entfernung des Ovariums mit der Tube. Er berichtet über Versuche mit einem Serum und hat auch mit der alten Phosphorbehandlung teilweise Erfolg erzielt.

Hohmann-München.

2) **L. Wrede** (Königsberg): Ueber Lymphangiome im Knochen. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 73 Bd., 1. H., Seite 213.)

Verf. konnte 2 Fälle der sehr seltenen Lymphangiombildung im Knochen beobachten. Im ersten Fall war das Lymphangiom auf das Endglied des kleinen Fingers beschränkt, im zweiten Fall dagegen hatte es einen ganzen Unter- und Oberschenkel ergriffen. In beiden Fällen waren alle Gewebsschichten — Haut, Unterhautfettgewebe, Muskulatur, Knochen — ergriffen. Es fanden sich grössere zystische Hohlräume mit flüssigem Inhalt gefüllt. Die Wahrscheinlichkeit, dass es bei der Entstehung sich um primäre Bildungsfehler des Lymphgefässsystems handelt, ist nach den bisherigen Erfahrungen am ehesten anzunehmen. Ob das Wachstum der



Lymphangiome im Knochen ein primäres oder sekundäres ist, lässt sich nach den jetzigen Kenntnissen nicht entscheiden.

Balsch-Heidelberg.

3) **Frangenheim** (Königsberg). Chondromatose des Skelettes. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 73 Bd., 1. H., Seite 226.)

Verf. hatte Gelegenheit einen seltenen Fall so multipler Enchondrombildungen des Skelettes zu beobachten, dass er von Chondromatose sprechen zu können glaubt. Der Fall hatte früher schon zu Dissertationsbearbeitungen Veranlassung gegeben, gegen eine derselben, in der ein Teil der Geschwülste als kartilaginäre Exostosen gedeutet worden sind, wendet sich Verf. Die Bildung einer kartilaginären Exostose aus einem Chondrom sei noch nicht beobachtet. In Verf.'s Fall war die Chondromatose so weit gehend, dass fast eine ganze untere Extremität davon durchsetzt war, sodass in der Hüfte exartikuliert worden war. Die multiplen Chondrome bekommen damit den Charakter maligner Tumoren, die selbst Metastasen machen können. Die Entstehung der multiplen Enchondrome, ob durch Entwickelungsstörung der normalen Ossifikation, ist noch nicht einwandsfrei nachgewiesen. **Balsch**-Heidelberg.

4) Rudolf **Maier** (Berlin). Die röntgenologischen Grundlagen der idiopathischen Osteopsathyrose. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 27. S. 145.)

Bei dem 6jährigen Mädchen, das zahlreiche Frakturen aufwies, zeigten die Röntgenaufnahmen der verschiedensten Körperregionen folgende charakteristischen Erscheinungen: 1) Veränderungen der Form der Knochen infolge Fraktur oder Verbiegung, 2) Abnahme der Dicke sowohl durch Schwund der Spongiosa wie Compacta, 3) Veränderungen der Struktur infolge Vergrösserung der Zwischenräume und Verschmälerung der Knochenbälkchen, 4) grössere Strahlendurchlässigkeit durch die Kalkarmut bedingt, 5) teilweise enormer, teilweise ganz geringer Callus, der im allgemeinen zu rascher Resorption neigt, 6) Kalkarmut der Epiphysen ebenso wie der Diaphysen. Die Form der Epiphysen ist dabei nicht verändert, 7) Verhalten der Epiphysenfugen ebenso wie bei normalen Knochen stellenweise an Rachitis erinnernd. Röntgenologisch steht die Osteopsathyrosis idiopathica der Osteomalazie am nächsten, während die Osteogenesis imperfecta sich vor allem durch das verminderte Längenwachstum und die grössere Dicke des Knochens auszeichnet. Die Rachitis weist dagegen ausser Osteoporose und Verschmälerung der Kortikalis vor allem Unregelmässigkeiten der Epiphysenfugen auf. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



5) **Albert H. Freiberg** (Cincinnati). Osteochondritis dissecans. (The americ. Journal of orthopedic Surgery VII, 3.)

F. pflichtet der Wollenberg'schen Theorie der vaskulären Entstehung von Knorpeldegeneration bei. Nur diese Aetiologie erklärt nach seiner Meinung das gemischte Auftreten von Proliferations- und Degenerationsprozessen. Weitere Studien des Krankheitsbildes in ätiologischer Richtung erscheinen wünschenswert.

Landwehr-Heidelberg.

6) **Bockenheimer** (Berlin). Ueber Sportfrakturen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. 1911, Nr. 1, S. 10. Mit 16 Abbildg.)

Trotz aller Vorsicht bei den Gewerbebetrieben und auf den Arbeitsstätten werden die Knochenbrüche in den letzten Jahren nicht seltener, sondern häufiger. Das gewaltige Aufblühen des Sports in seinen verschiedensten Zweigen trägt hierzu wesentlich bei. So kann man heute mit guter Berechtigung von „Sportfrakturen" sprechen, und bei den einzelnen Sportarten finden wir oft immer wiederkehrende typische Brüche. Die Skiläuferfraktur, eine Spiralfraktur im oberen Drittel des Oberschenkels. Eine typische Sportfraktur ist der Bruch am inneren Knöchel mit Bruch der Fibula an der dünnsten Stelle 6—10 cm oberh. des äusseren Knöchels. Kommt besonders häufig bei Schlittschuhläufern vor. Bei Schnelläufern finden sich oft Frakturen der Metatarsalknochen, bei Fussballspielern häufiger Infraktionen der Tarsalia, bes. des Naviculare. Als Turner- und Schülerfrakturen die Fract. supracondylica im unteren Drittel des Oberarmes und als Gelenkfraktur die Fract. intracondylica (ev. bei Jugendlichen Epiphysenlösung). Bei Rollschuhläufern handelt es sich gewöhnlich um eine Fract. antebrachii im unteren Drittel, gewöhnlich dicht oberhalb des Handgelenks. Chauffeure ziehen sich beim Ankurbeln oft isolierte Frakturen des Radius im unteren Drittel, sowie die typische Radiusfraktur (Bruch der Radius-Epiphyse) zu. Bei Rennreitern sind naturgemäss Schlüsselbeinbrüche recht häufig, bei Boxern Unterkiefer- und Nasenbeinfrakturen. Beim modernsten Sport, dem Aeroplanfahren beobachten wir die schwersten und unseren therapeutischen Eingriffen gewöhnlich nicht mehr zugänglichen Brüche: Schädelbasis- und Wirbelsäulenbrüche.

Die Therapie der „Sportfrakturen" ist natürlich die gleiche, wie die der übrigen. Möglichst frühzeitige Reposition, meist in Narkose. Bei Extremitätenbrüchen gewöhnlich Extensionsverband. Blutige Reposition und Knochennaht sind Ausnahmen. Während der Behandlung, vor allem aber nach Verbandabnahme möglichst systematisch ausgeführte aktive Bewegungen unter Leitung des Arztes.



Die Sportfrakturen heilen gewöhnlich erstaunlich schnell mit dem besten funktionellen Resultat. Im Gegensatz zu so vielen Arbeitern, die wie B. mit Recht bemerkt, oft eine Rente gesunden Gliedern vorziehen, liegt dem echten Sportsmann daran, möglichst bald seinen geliebten Sport wieder voll ausüben zu können. Deshalb unterstützt er die Nachbehandlung mit aller Energie. Dass Jokeys z. B. mit Klavikularfrakturen nach 8—10 Tagen wieder rennreiten, ist keine Seltenheit.

Natzler-Heidelberg.

7) **G. v. Saar** (Graz). Typische Sportverletzungen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 73. Bd. 2. H. p. 314.)

Verf. hat durch Literaturstudien und Fragebogen die Erfahrungen über typische Sportverletzungen zusammengestellt und so auf möglichst breiter Basis festzustellen versucht, wie weit es Verletzungen gibt, die mit der geregelten Sportstätigkeit in ganz typischem ursächlichem Zusammenhang stehen. Er hat dies besonders für den Rodel- und Skisport ausgeführt und durch die gegenaue Analyse der jeweiligen Bewegungen und Momente, die die bestimmten Verletzungen veranlassten, wertvolle Beiträge zur Kenntnis des Entstehungsmechanismus der Verletzungen beigetragen. Man findet, dass bei den verschiedenen Sportzweigen unter gleichen Bedingungen auch stets gleiche oder ähnliche Verletzungen entstehen.

Beim Rodeln sind die typischen Unfälle: äussere und innere Beckenverletzungen, Spiralbrüche der Mittelhandknochen, Verletzungen der unteren Extremität vom Knie abwärts. Die einzelnen Arten sind durch folgende Momente bedingt: den Grätsch- oder Reitsitz, Festhalten der Hand am Handgriff der Längsleiste, Fusslenkung. Die durch letzteres Moment verursachten Verletzungen sind die häufigsten, und sind entweder durch direkte oder indirekte Kraftwirkung und bei dieser wieder am häufigsten Abduktions- und Eversionsverletzungen. (Kniedistorsionen. Spiralbrüche des Unterschenkels.)

Ebenso gibt es für den Skisport typische Verletzungen an der oberen und unteren Extremität. Am häufigsten sind auch wieder die der unteren Extremität. (Hüftbruch, Biegungsbruch und Spiralbruch des Oberschenkels.) Am Unterschenkel entstehen die Verletzungen, im Gegensatz zum Rodeln, häufiger durch forzierte Innenrotation und charakterisieren sich daher als Inversionsfrakturen.

Balsch-Heidelberg.



8) **Franz.** Gelenkschüsse und Schussfrakturen der langen Röhrenknochen im südwestafrikanischen Feldzug 1904—1907. (D. med. Woch. 1911. Nr. 19)

Während die Gelenkschüsse 1870/71 noch 35,9% Mortalität hatten, sank sie im Burenkrieg auf 3,1% und betrug 1904/07 5%. Von den Hüftschüssen starben 50%. Reaktionslos heilten von sämtlichen 79 Gelenkschüssen 67,8%, d. h. aber nicht per primam. Die meisten sind infiziert, die Infektion aber meist sehr mild. Von ihnen wurden dienstfähig 32,9%, und in 10% resultierte vollkommene Versteifung, bei 64,5% war die Beweglichkeit nur in geringem Mass gestört. — Die Schussfrakturen der langen Röhrenknochen hatten ungünstigere Resultate: Von 101 Schüssen 9 Todesfälle = 9% (70/71: 27,8%, im Burenkrieg 9%), 3 Fälle starben an Gangrän, auf die anfangs nicht geachtet wurde. (Puls!) Oberschenkelschüsse: 20% Mortalität, Oberarmschüsse 9%. Bei 10% wurden Amputationen und Exartikulationen mit 36% Mortalität gemacht wegen Infektion. Nicht zu früh operieren, Transporttemperaturen beachten, nicht mit Jodoformgaze tamponieren wegen des Verschlusses der Wunde, nur Drain! Schussfrakturen hatten in 83,2% eine Beschränkung der Gebrauchsfähigkeit zur Folge, durch Muskelschwund, Verkürzungen und Versteifungen. Gute Fixation ist bei Gelenkschüssen und Knochenschüssen von entscheidender Bedeutung. **Hohmann**-München.

9) **Hübotter.** Beitrag zur Anwendung der Lane'schen Klammer. (Deutsche med. Woch. 1911. Nr. 25.)

H. beschreibt den Fall einer subkutanen Tibiafibulafraktur eines Erwachsenen, die nach 5 wöchentlicher Gipsbehandlung nicht konsolidiert war, weil eine Dislokation ad longitudinem von 3 cm bestand. Es wurde operiert, die interponierten Weichteile entfernt, durch sofortige Extension die Dislokation beseitigt und die Lanesche Klammer an die Tibiaenden angeschraubt. Dann Periostfascien- und Hautnaht. 12 Tage nach der Operation Entfernung des Gipsverbandes und Stauung täglich 1 Stunde, dann Gips mit beweglichem Kniegelenk. Nach 12 Wochen Entfernung der Laneschen Klammer. Vollständige Konsolidation. **Hohmann**-München.

10) **Jerusalem** (Wien). Zur Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. (Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Ther. Bd. XV, H. 7, S. 385. Mit 2 Abbildg.)

Während die Heilstätten- und Fürsorgebewegung für Lungentuberkulose in den verhältnismässig wenig Jahren ihres Bestehens

Grosses und Segensreiches geleistet hat, ist auf dem Gebiet der Behandlung und Fürsorge für chirurgische Tuberkulosen lange nicht das Entsprechende geleistet worden. Betrachten wir die Erfolge in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, so sind sie wahrlich nicht danach angetan, uns besonders freudig zu stimmen. Zwei Lager stehen sich heute noch gegenüber: Die Radikalen, die grundsätzlich operativ vorgehen, und die Konservativen, die ein operatives Vorgehen verwerfen. Diesmal haben, wenigstens in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose des Kindesalters, die Konservativen den besseren Erfolg für sich, sofern sie kleine Palliativoperationen Punktionen und Injektionen nicht ganz verwerfen. Immerhin, auch hier sind die Erfolge absolut betrachtet nicht imponierend. Es sei denn, dass man die Heilung einer Gelenkstuberkulose in möglichst guter Stellung, aber in Ankylose immer noch als Ideal betrachtet. So suchte man immer nach neuen Heilmitteln — dass auch die Röntgenbestrahlung nicht unterlassen wurde, ist eigentlich selbstverständlich, Iselin in Basel und Freund in Wien haben tatsächlich über gute Erfolge berichtet. Ein seit längerer Zeit schon bekannter und auch angewandter Heilfaktor findet immer noch nicht die gebührende Beachtung: die Sonne. Rollier in Leysin ist es, der heute das System der Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose am konsequentesten — und mit dem besten Erfolge durchführt. Er fixiert in Gipsverbänden, die breitgefenstert sind, um die Herde direkt den Sonnenstrahlen zugänglich zu machen. Geschlossene Herde öffnet er nicht, nur bei Mischinfektionen macht er breite Inzisionen und setzt die klaffenden Wunden direkt der Sonne aus. Das Resultat ist das denkbar beste. Die lokalen Schmerzen schwinden rasch, der Appetit nimmt zu, ebenso das Körpergewicht. Die Sekretion der Fisteln nimmt ab, die Geschwürsflächen reinigen sich rasch und last not least: Die Gelenke sind nach der Ausheilung relativ und oft absolut sehr gut beweglich und das Ideal der „festen Ankylose in möglichst guter Stellung“ ist gestürzt.

Es ist ein müssiges Unterfangen darüber zu streiten, wieviel an dem Heilerfolg dem Sonnenlicht zuzuschreiben ist, in welchem Masse die Allgemeinbehandlung, die natürlich nicht vernachlässigt wird, eine Rolle spielt, welchen Anteil man der Höhenluft zuschreiben muss, die speziell heilende Kraft der Sonnenstrahlen ist wohl nicht abzustreiten. Nun weiss man allerdings, dass die Sonne in der Höhenluft ihre Wirkung besser entfalten kann, als in unseren Höhen. Aber was für die Behandlung der Lungentuberkulose gilt,



dass Heilstätten nicht nur im Gebirge (Davos u. a.) ihre gute Wirkung entfalten können, sondern auch in unseren Lagen, gilt mutatis mutandis auch für die Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. So wäre es denn mit Freuden zu begrüssen, wenn Heilstätten für Knochentuberkulose, in denen der Heilwert der Sonnenbestrahlung rationell verwertet werden könnte, errichtet würden. Bis jetzt sind kaum kümmerliche Anfänge vorhanden; es ist noch viel zu tun und der Erfolg wird die Mühe lohnen. (Ein solches Sanatorium wird zur Zeit in dem Heidelberg benachbarten Solbad Rappenau und unter Leitung von Prof. Vulpius gebaut.)

J. hat den Beweis geliefert, dass selbst unter ungünstigen Verhältnissen (ambulatorische Behandlung im Krankenhaus) die Heliotherapie Gutes leisten kann und ferner hat er gezeigt, dass unsere Höhen sich recht gut für die Sonnenbehandlung chirurgischer Tuberkulosen eignen. Er hat einige Fälle seiner Praxis im Sanatorium Grimmenstein bei Wien, das 760 m hoch gelegen ist und gute klimatische Verhältnisse aufweist, behandelt nach der in Leysin geübten Methode. Die Erfolge waren gut und ermuntern zu weitern Versuchen in dieser Richtung. **Natzler**-Heidelberg.

11) **Gaugele** (Zwickau). Zur subkutanen Arthrodese nach Bade. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 28. Bd., S. 5.)

G. hat die von Bade angegebene Methode bei 14 Gelenken angewandt. Die Resultate waren aber im grossen und ganzen nicht befriedigend. Mehrfach brachen die Stifte nachträglich ab oder wurden wieder ausgestossen. Auch bei den übrigen Fällen war die Fixation in der Regel mangelhaft. G. rät dann die Gelenke blutig zu versteifen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

12) **Schmerz, H.** (Graz). Ueber die Verwendung von Amnion als plastisches Interpositionsmaterial. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 73. Bd. 2. H. p. 342.)

An Stelle der in der v. Hacker'schen Klinik vielfach als Interpositionsmaterial verwendeten Bruchsäcke hat Verf. mehrfach Versuche mit Amnion gemacht. Das gleich nach der Ausstossung der Placenta abgetrennte Amnion wird auf besondere Art präpariert. Es ist in viel grösseren Mengen als Bruchsäcke zu haben, viel ausgiebiger und gleichmässiger in seiner Beschaffenheit und wird vollständiger resorbiert. Verf. hat Versuche mit Amnion bisher bei Sehnennähten als Umscheidungsmaterial gemacht, ebenso gelang bei Katzen die Verhütung von Darmadhäsionen durch Interposition



von Amnion. Schliesslich wurde Amnion noch in einem Fall von Ellbogenankylose, nach Freilegung der Gelenkenden, als Interpositionsmaterial benützt und dadurch eine recht gute Beweglichkeit des Gelenkes erreicht. **Baisch**-Heidelberg.

13) **Joseph Hollós** (Szeged, Ungarn). Quelques cas de rhumatisme tuberculeux, guéris au moyen des corps immunisants (J. K.) de Carl Spengler. (Gazette des hôpitaux. 1911. 84, 50.)

Nach Poncet kann der Rheumat. tub. in jeder akuten oder chronischen Form, mono- oder polyartikulär auftreten; er bewirkt Knochenrarefikation oder plastische Hyperostosen. Formen von Malum coxae, Hallux valgus, von Ankylosen, von Pes planus, Skoliose, Coxa vara, ostitis u. a. m. gehören dazu; bisweilen akutes bedrohliches Stadium; meist chronischer Verlauf; Salicyl wirkungslos. Krankengeschichten von lange nicht spezifisch behandelten Fällen von Rh. tub., prompte Reaktion von J. K. Spengler. **Landwehr**-Heidelberg.

14) **Hans Jansen.** Radium and Rheumatism. British medical Journal 7. Jan. 1911.)

Uebersicht über die Heilwirkung des Radiums speziell bei den rheumatischen Affektionen einschliesslich Ischias, gonorrhoischer, alkoholischer, syphilitischer und traumatischer Aetiologie. Zuerst wurde Radium als Zusatz zu Bädern in Tablettenform gegeben, aber wegen der Unsicherheit der wirksamen Dosierung wieder verlassen, dafür mit Radium-Emanation gesättigstes Trinkwasser gereicht. Dosis 10 ccm. 5000 Macheeinheiten täglich für 3 Tage, dann für weitere 3 Tage verdoppelt und weitere 3 Wochen verdreifacht. Das Wasser muss sofort nach dem Oeffnen der Flasche getrunken werden, weil die Emanation rasch verfliegt. 44 Patienten zeigten alle eine gewisse Reaktion. 10 Patienten mit chronischem polyartikulärem Rheumatismus, davon 4 bedeutend gebessert, 4 unterbrachen die Behandlung, weil Fieber eintrat. 2 blieben wie vorher. 2 Fälle von 3 monoartikulärem Rh. wurden bedeutend gebessert; ebenso gute Erfoge bei alkoholischer, tuberkulöser und syphilitischer Arthritis. 8 von 11 Arthritis urica-Fällen. Bei 7 Fällen von Ischias 5 glänzende Resultate. **Mosenthal**-Berlin.

15) **Paynton.** Some of the rarer occurences in the Rheumatism of childhood. (British medical Journal 7. Jan. 1911.)

Verf. hat schon in früheren Arbeiten seine Annahme, dass er den kindlichen Rheumatismus als eine Infektionskrankheit hinstellt,



zu beweisen versucht. An weiteren Untersuchungen von 600 Kindern bespricht er seltenere Erkrankungen, die er als Symptome der an Rheumatismus erkrankten Kinder auffasst. So in erster Linie ein Erythem, das leicht mit Scharlach verwechselt werden kann, und auch zu Abschuppung führt, eine dem »Herpes tonsurans« ähnliche Hauterkrankung etc. Auch Tachykardien entstehen häufig primär durch Rheumatismus und führen erst später zu organischen Herzfehlern.

16) **Brasch.** Ueber Muskeldystrophie und Mýotonie nach Unfall. (Münch. med. Woch. No. 12, 1911.)

Ein 26 jähriger Bauerssohn fiel unter einen Wagen, der zusammenbrach und ihm auf Kopf, Brust und Arme fiel. Bewusstlosigkeit und Quetschwunden, Fraktur des rechten Schlüsselbeins. In beiden Armen war eine erhebliche Schwäche zurückgeblieben, die zunahm. Allmählich trat ein sich steigerndes Spannungsgefühl in Händen und Beinen auf, das beim Greifen und Gehen sich bemerkbar machte. Es entwickelte sich eine wirkliche Myotonie und Muskeldystrophie, auf deren Entstehung das schwere Trauma mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Einfluss gehabt hat.

Hohmann-München.

17) **Couwy Morgan.** A case of poisoning after small dosis of Aspirin. (British medical Journal. 11. Febr. 1911.)

Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Aspirin, bei dem kleine Dosen, die wegen Rheumatismus genommen wurden, vasomotorische Störungen schwerer Natur verursachten. **Mosenthal**-Berlin.

18) **Bramwell, Currie.** Epidemic poliomyelitis. (British medical Journal. 18. Febr. 1911.)

In 5 Häusern eines Landbezirks erkrankten kurz hintereinander 5 von 12 dort lebenden Kindern, 2 mit typischen schweren Symptomen, 2 zeigten nur vorübergehende kranielle Nervenparalyse, 1 nur allgemeine Fiebererscheinungen ohne motorische Paresen, die aber auch als Symptome einer Poliomyelitis-Infektion in Zusammenhang mit den anderen gedeutet wurden. Die Quelle der Infektion konnte nicht ermittelt werden. Die zeitliche Folge der einzelnen Erkrankungen erlaubt die Inkubationsdauer von 4 Tagen anzunehmen. Eine Nachfrage ergab, dass in einer ganzen Anzahl von englischen Städten in letzter Zeit kleinere Epidemien geherrscht haben, und es ist wahrscheinlich, dass grosse Beziehungen zwischen der akuten Poliomyelitis anterior und der epidemischen cerebrospinalen



Meningitis bestehen, da Epidemien der einen Krankheit der anderen folgten, wie es auch in New-York sich ereignete.

Mosenthal-Berlin.

19) **E. Mayer** (Köln). Zur Behandlung der frischen Kinderlähmung durch Ruhigstellung. (Deutsche med. Woch. 1911, Nr. 24.)

Auf Grund der Empfehlung Mac Kenzies, die frischen Kinderlähmungen so zu behandeln, dass man möglichst sofort die erkrankten Extremitäten durch Schienen wochen-, ja monatelang ruhigstellt, und zwar in einer Stellung, bei der die Funktion der betreffenden Muskeln gleich Null ist, empfiehlt M. das entzündete Rückenmark durch ein Gipsbett zu fixieren, an dem Schienen mit Schnürung und Kniekappen und Gummizügen zur Veränderung der Fusstellung angebracht sind. An zwei Fällen frischer Kinderlähmung, die M. auf diese Weise etwa 1/2 Jahr behandelte, zeigt er den Erfolg dieser Methode, das Ausbleiben von Kontrakturen und die Wiederherstellung des grössten Teils der Muskelfunktionen.

Hohmann-München.

20) **Willigan.** Cerebrospinal Fever. (British medical Journal. 7. Jan. 1911.)

Beobachtung von 300 Fällen von Cerebrospinal-Fieber aus dem städtischen Fieberhospital zu Belfast. Zur Feststellung der zeitigen Diagnose war die Lumbalpunktion von grossem Wert, ebenso konnte der opsonische Index nach dem 6. Tag verwertet werden. Bei der Behandlung wurde Floener's und Jobling's Serum mit gutem Erfolg angewendet. Eine Vergleichstatistik von Bobb zeigte, dass von den klinisch behandelten Fällen, die alle injiziert wurden, 26,6 %, von den ausser klinischen, nicht gespritzten 85,2 % starben. Leichte Fälle ohne Gehirnerscheinungen, bei denen die Diagnose fraglich ist, können durch die Lumbalpunktion geklärt werden. Eine intestinale Eingangspforte hält er für wahrscheinlich.

Jacob bestätigt, dass die Lumbalpunktion in den meisten Fällen die Diagnose sichert.

Atkinson hat bei einer lokalen Epidemie 33 Fälle mit 4 Todesfällen beobachtet, von den letzteren war nur einer mit Serum behandelt, die 29 geheilten Fälle waren alle mit Serum behandelt.

Mosenthal-Berlin.

21) **Lubinus** (Kiel). Zur Ausbildung mechanotherapeutischer Assistenten. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 28. Bd., S. 59.)

L. vertritt den Standpunkt, dass hauptsächlich au spekuniären



Gründen die heilgymnastische Behandlung auch durch Laien ausgeführt werden könne. Es sollen aber nur solche herangezogen werden, die eine gute technische Ausbildung (2 Jahre) erhalten haben. Zu einem gewissermassen ärztlichen Unterricht soll aber diese Ausbildung nicht werden. Der Heilgymnast soll jederzeit nur der Ausführende, der Arzt der Leitende sein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

22) **Ghillini** (Bologna). Opérations exécutées aux États Unis. Chirurgie et orthopédie en Amérique. (Ueber einige in den Vereinigten Staaten ausgeführte Operationen. Chirurgie und Orthopädie in Amerika.) (Revue d'orthopédie. Bd. 22, S. 21.

G. berichtet über zwei Operationen, die er anlässlich einer Reise in Nordamerika ausgeführt hat (eine Phelpssche Operation bei Klumpfuss und eine Laminectomie bei Wirbelbruch) und im Anschluss daran über dortige Krankenhäuser und ärztliche Verhältnisse. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

23) **R. Danis** (Bruxelles). De l'emploi de la toile metallique moulée et enrobée dans l'éxécution des appareils d'immobilisation. (La presse med. N. 29, 1911.)

Der Verfasser schlägt vor, für Kontentivverbände dünne Metallnetze zu benützen, welche sich dem betreffenden Körperteile eng anschmiegen lassen und die durch mehrmaliges Ueberpinseln mit Zelluloidlösung eine grosse Festigkeit erlangen, derart, dass sie die Gipsverbände und alle anderen bis nun benützten steifen Verbände mit grossem Vorteile ersetzen können. Durch Anbringen von Haken oder Oesen können diese Verbände abnehmbar gemacht, loser oder fester zusammengeschnürt werden und hierdurch die Lokalbehandlung der kranken Teile in erheblichem Masse erleichtern. Namentlich für tuberkulöse Gelenkerkrankungen haben die beschriebenen Immobilisierungsverbände gute Dienste geleistet und empfieht sie D. namentlich für diese Zwecke auf das Wärmste. Die Anlegung ist eine leichte und kann von jedem Arzte ohne besondere Vorbereitung und Uebung ausgeführt werden.

Mehrere Abbildungen illustrieren die verschiedenen Verbandarten und die Methode des Anlegens. **E. Toff**-Braila.

24) **Mayerhofer.** Eine einfache Verbandschiene für Unter- und Oberschenkelbrüche. (Münch. Med. Woch. Nr. 6, 1911.)

Die Schiene besteht aus biegsamen Eisenstreifen, ist mit Gurt überzogen und besitzt eine Anzahl verschieblicher Quergurte, die



mit Schnallen weiter und enger gestellt werden können. Die Schiene ist für Transporte gedacht als Notverbands- und Lagerungsschiene, wird von Stiefenhofer-München für Unterschenkel für 7,50 Mk., für Oberschenkel für 12 Mk. hergestellt. Sie ist sehr einfach und erfüllt sicherlich gut ihren Zweck, zu dem sie bestimmt ist.

Hohmann-München.

25) **Hasselmann.** Aus der Praxis der festen Verbände (Münch. med. Woch. No. 10, 1911.)

H. empfiehlt ein neues Gipshebelmesser zum schnellen und schonenden Oeffnen von Gipsverbänden. Ich habe es bei einem Kollegen in Anwendung gesehen und glaube, dass es in der gegenwärtigen Ausführung für dickere Gipsverbände zu schwach konstruiert ist, da ich das Messer bei zwei Fussverbänden abbrechen sah.

Hohmann-München.

26) **Fraenkel** (Hamburg). Ueber Wirbelgeschwülste im Roentgenbilde. (Fortschr. auf dem Geb. d. Roentgenstr. XVI, 4. S. 243. Mit 20 Abbildg.)

F. teilt seine über Wirbelgeschwülste im Röntgenbilde angestellten Untersuchungen mit und illustriert diese Mitteilungen durch eine Reihe ausnehmend schöner und instruktiver Roentgenbilder. In einem Zeitraum von 12 Jahren hat er bei 150 Fällen maligner Geschwülste die Wirbelsäule anatomisch untersucht und dabei in 30 Fällen, d. i. in 20 %, Metastasen in den Wirbeln gefunden. In Betracht kommen in erster Linie Metastasen nach Karzinomen, dann nach Sarkomen und malignen Hypernephromen. Zu ähnlichen Bildern im Knochensystem können die in eine besondere Gruppe zu stellenden, vom Knochenmark ausgehenden Myelome führen, die Metastasen nur im Knochensystem, nicht in anderen Organen machen. Die häufigsten Metastasen unter den Krebsen machen die Prostata- und Mammakrebse, weniger die Magen-, seltener noch die Uteruskrebse. Gewöhnlich handelt es sich bei den Wirbelveränderungen durch Krebsmetastasen um osteoklastische Vorgänge — Carcinosis osteoclastica, seltener beim Prostatakarzinom, allerdings sehr häufig sind osteoplastische Veränderungen — Carcinosis osteoplastica —, die v. Recklinghausen zuerst im Jahre 1891 beschrieben hat. Bei dieser Gelegenheit macht F. auf zwei klinische Symptome bei Carcinos. osteoplast. aufmerksam, das ist einmal die durch die osteoplastischen Veränderungen im Skelettsystem veranlasste Gewichtszunahme und die nächtlichen Knochenschmerzen, die oft das erste und zeitweise

einzige Symptom eines Prostatakarzinoms bieten können. Bei solchen Knochenschmerzen, anderweitig nicht zu erklärenden Ischiasbeschwerden und andern Neuralgien ist deshalb die Wirbelsäule ausgiebigst roentgenologisch zu untersuchen.

Viel seltener als Metastasen nach malignen Tumoren im Wirbelkörper sind primäre Tumoren desselben. Gewöhnlich handelt es sich dabei um Sarkome, seltener um Enchondrome. Differentialdiagnostisch kann ein von den erkrankten Wirbelkörpern ausgehender auf die Weichteile übergreifender Schatten für primäre Tumoren derselben verwertet werden, und hier ist wieder die Zusammensetzung des Schattens aus einer Reihe einzelner, wölkchenartiger Flecken für die Diagnose Enchondrom zu verwerten.

Natzler-Heidelberg.

27) **Nast-Kolb** (Stuttgart). Die operative Behandlung der Verletzungen und Erkrankungen der Wirbelsäule. (Ergebnisse d. Chir. und Orth. Bd. III. S. 347.)

Die vorliegende Arbeit gibt unter Berücksichtigung der grossen Literatur eine wertvolle und klare Uebersicht über Diagnose, Indikationsstellung und Art der operativen Behandlung der Verletzungen und Erkrankungen der Wirbelsäule. Es liess sich im Ganzen eine ziemlich weitgehende Uebereinstimmung der Prinzipien unserer operativen Therapie feststellen. Bei den Verletzungen ist die richtige Erkennung der Schwere der Verletzung und Beteiligung meist sehr erschwert, und wird dadurch das operative Eingreifen oft ein recht unsicheres. Fehlen Rückenmarkssymptome, so ist mechanisch und orthopädisch zu behandeln, ebenso sind Frakturen mit totaler Querläsion von der Operation ausgeschlossen. Indiziert ist die Operation bei Frakturen mit partieller Lähmung, wenn dieselben innerhalb 6 — 8 Wochen nicht zurückgehen, ebenso bei isolierten Bogenfrakturen mit Rückenmarkssymptomen. Isolierte Brüche einzelner Fortsätze können bei dauernden Beschwerden die Exstirpation erfordern.

Auch für die tuberkulöse Spondylitis lassen sich ziemlich genaue Prinzipien der Behandlung aufstellen. Es prävaliert in allen Fällen die orthopädische, namentlich im Beginn. Unter den operativen Methoden kommen die Laminektomie, die Kostotransversektomie und die transperitoneale Freilegung des Herdes, je nach Sitz und Ursache der Kompression, in Betracht. Eine genaue Röntgendiagnose ist dazu Vorbedingung. Die Osteomyelitis der Wirbelsäule ist in jedem Falle operativ anzugehen. Tumoren

der Wirbelsäule sind in der Mehrzahl metastatisch und geben daher selten Indikation zu operativen Eingriffen, immerhin sind eine Anzahl von Sarkomen und dann von gutartigen Tumoren (Exostosen, Enchondrome) und von Echinokokkus operativ in Angriff genommen worden. **Balsch**-Heidelberg.

28) **Semeleder.** Ein einfaches und einwandfreies Verfahren zur bildlichen Darstellung von Deformitäten, speziell der Skoliose. (Wiener klin. Wochenschrift 1910, No. 30.)

Statt aller teuren und umständlichen Messungsapparate verwendet Verf. die photographische Technik, ausgehend von der Tatsache, dass ein Raster, von einem Projektionsapparat auf eine ebene Fläche geworfen, gerade Linien liefert, auf eine gekrümmte Fläche wellige, die symmetrisch oder asymmetrisch verlaufen werden, je nach der Konfiguration des Schirmes. Das Raster auf den Rücken eines normal gebauten Menschen geworfen liefert also, von der Vertikalen aus gerechnet, symmetrische Wellenlinien. Bei Skoliotischen resultieren verzerrte asymmetrische Linien. Die der Abhandlung beigegebenen Bilder sind überzeugend und fallen durch ihre Plastik auf.

Spitzy.

29) **Groedel.** Das Verhalten des Herzens bei kongenitaler Trichterbrust. (Münch. med. Woch. No. 13, 1911.)

Bei geringgradigen Fällen wurde nie ein Einfluss auf das Herz festgestellt. Drei hochgradige Fälle mit über faustgrosser Einziehung der Brust litten an Anfällen von starkem Herzklopfen und Schwindel. In einem Falle war das Herz von normaler Grösse, jedoch median gestellt. Im 2. Fall etwas vergrössert, aber nicht verlagert. Im 3. Fall, der besonders hochgradig war, (Trichter 6 — 7 cm tief, 18 cm breit, 25 cm hoch) bestand lautes systolisches Geräusch an der Herzspitze, Akzentuierung des 2. Tones an der Basis und unregelmässige Herzaktion. Der Spitzenstoss war sehr verbreitert, am deutlichsten einige Zentimeter hinter der Axillarlinie zu fühlen. Diagnose: Mitralinsuffizienz und Herzverlagerung. Die Brustkorbdeformität bestand bei den 3 Patienten von Jugend auf.

Hohmann-München.

30) **Max Cohn** (Berlin). Kann ein Rippenbruch durch exzessive Atemanstrengung entstehen? (Aerztl. Sachverst.-Zeitung 1911. Nr. 12, S. 241.)

Die Frage wird von C. strikt verneint. Es handelte sich um einen Arbeiter, der behauptet hatte, sich durch forzierte Atem-



anstrengung beim Heben einer schweren Last die Fraktur zugezogen zu haben. Nach ca. 3 Wochen wurde eine Röntgendurchleuchtung des Thorax vorgenommen und hierbei angeblich ein in Heilung begriffener Bruch der linken 5. Rippe in der Brustwarzenlinie festgestellt. C. hält es für ausgeschlossen, dass durch Durchleuchtung ein anatomischer Beweis für eine Rippenfraktur (gerade an dieser Stelle!) erbracht werden kann. Es kann sich vielleicht um eine rachitische Verdickung an der Knorpelknochengrenze gehandelt haben. **Natzler**-Heidelberg.

31) **Froelich** (Nancy). Côtes cervicales et apophysites cervicales laterales. (Halsrippen und Entzündungserscheinungen an den Processus transversi.) (Revue d' orthopédie Bd. 22, S. 25.)

F. beobachtete einige Male bei Kindern im Wachstumsalter eine Schmerzhaftigkeit der seitlichen Halspartie und des Armes, die in einer Volumvergrösserung der Processus transversi bei gleichzeitigem Vorhandensein von Halsrippen ihre Ursache hatte. F. glaubt, dass es sich dabei um einen entzündlichen Prozess an dem Processus handele, vielleicht durch Wirkung von Bakterien entstanden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

32) **Convelaire** (Paris). Hématomes du sternomastoidien et torticolis par myopathie congénitale. (Blutungen in dem Sternocleidomastoideus und Torticollis durch kongenitale Muskelveränderungen.) (Revue d' orthopédie. Bd. 22. S. 1.)

Blutungen in dem Musculus sternocleidomastoideus infolge eines Traumas beim Partus sind nicht ganz selten, führen aber nur in verhältnismässig wenigen Fällen zur Bildung eines Torticollis. Verf. fand bei einigen Neugeborenen ausser einer Blutung in dem Muskel Degeneration der Fibrillen, bei zweien der Kinder bestanden diese Degenerationserscheinungen ohne Hämatom. Verf. glaubt daher annehmen zu müssen, dass nicht die Blutung die Ursache für die Schrumpfung des Muskels sei, sondern dass die Blutung in einen bereits kranken Muskel hinein stattfinde. Die Ursache des Torticollis sei daher nicht die Blutung in den Muskel, sodern die angeborene Degeneration des Muskels. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

33) **Bibergeil** (Berlin). Ueber doppelseitigen angeborenen Schulterblatthochstand. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 28. Bd., S.104.)

B. berichtet über einen der seltenen Fälle von doppelseitigem Schulterblatthochstand. Da sich ausserdem eine Defektbildung des



obersten Teiles der Wirbelsäule fand, so fasst B. das Ganze als eine Entwicklungshemmung auf. Das oft als Ursache angeschuldigte Ausbleiben des Descensus der Schulterblätter ist danach nur als sekundär, als Folgeerscheinung der Entwicklungshemmung, anzusehen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

34) **Pürckhauer.** Zur Lehre vom Pektoralisdefekt und Schulterhochstand. (Münch. Med. Woch. Nr. 8, 1911.)

P. vermehrt die Kasuistik dieses angeborenen Leidens um einen Fall aus dem Langeschen Krankenmaterial, bei dem ein Defekt des kostalen Teils des Pectoralis neben einem Hochstand des rechten Schulterblattes vorhanden war. Gleichzeitig bestand eine geringe linkskonvexe cervico-dorsale Skoliose. Das rechte Schulterblatt war wesentlich geringer entwickelt, sein unterer Winkel der Wirbelsäule auffallend genähert. Auf diese Kombination hat vor allem Schlesinger hingewiesen. P. tritt der Froriepschen Auffassung bei, die den Defekt durch Druckwirkung in utero auf den adducierten, gegen die Brust gepressten Oberarm erklärt.

Hohmann-München.

35) **Algyogyi** (Wien). Ein seltener Fall von Missbildung einer Oberextremität. (Fortschr. auf d. Geb. d. Roentgenstr. XVI, 4. S. 286. Mit 3 Abbildg.)

Es handelt sich um ein 13 jähriges Mädchen, bei dem an der rechten Oberextremität Brachydaktylie mit Ektrodaktylie (gänzlicher Mangel eines einzelnen Fingers) und Perodaktylie (Verstümmelung eines Fingers) bestand. Der Daumen mit dazugehörigem Mittelhandknochen fehlt vollständig, der kleine Finger ist verkümmert, der zugehörige Mittelhandknochen verkürzt, in seiner unteren Hälfte mit dem vierten verschmolzen. Die rechte Hand, der Arm und das Schulterblatt sind kürzer als links. Multangulum majus und minus sind verbildet und mit dem distalen Teil des Navikulare vereinigt. In der ersten Reihe der Handwurzelknochen ist ausser dem Erbsenbein nur ein aus Triquetrum, Lunatum und proximalem Navikulareteil zusammengeschmolzener Knochen vorhanden. Der Knochenkern des process. styloid. ulnae fehlt oder ist verlagert, und schliesslich besteht noch eine Luxation des Radius im Ellbogengelenk nach hinten. Aetiologisch kommt wahrscheinlich amniotische Abschnürung in Betracht.

Natzler-Heidelberg.



36) **Arthur Wagner** (Stettin). Ueber ein neues, einfaches und schonendes Verfahren der Reposition frischer Schultergelenksluxationen. (D. med. Woch. 1911. Nr. 25.)

W. empfiehlt eine von ihm ausgebildete Methode schonender Reposition von unkomplizierten Schulterluxationen, die im Prinzip darauf beruht, den Oberarmkopf über ein in der Achselhöhle liegendes Polster-Hypomochlion herüberzuhebeln. Es wird eine 20 cm lange, 10 cm Durchmesser habende festgewickelte Watterolle in die Axilla fest eingepresst, ev. durch Binde befestigt, und der Arm, vom Arzt an Ellenbogen und Handgelenk gefasst, langsam und allmählich gegen den Körper des Patienten angepresst. Dabei führt man leichte Drehbewegungen mit dem Unterarm aus, gleichsam als ob man den Kapselriss suchen wolle. Dabei gleitet der Kopf mit oder ohne Geräusch an seinen Ort zurück. Das Verfahren ist kurz, ziemlich schmerzlos, besonders wenn es sehr schonend ausgeführt wird. Unter 12 Fällen von subcoracoider Luxation gelang die Reposition in 8 ohne Narkose in wenig Sekunden, in einem bei leichtem Aetherrausch, in einem in tiefer Narkose, in zwei Fällen versagte sie (davon 1 Fall bereits 4 Wochen lang luxiert gewesen), in diesen Fällen versagte auch die Kochersche Methode, und es gelang erst durch Suspension mit gleichzeitigem Druck auf den Oberarmkopf die Reposition herzustellen.

Hohmann-München.

37) **J. Dollinger** (Budapest). Die veralteten traumatischen Verrenkungen der Schulter, des Ellbogens und der Hüfte. (Erg. d. Chir. u. Orthop. III. Bd. p. 83.)

Verf., der durch seine Arbeiten auf diesem Gebiet unsere Anschauungen über die Pathologie der veralteten Verrenkungen und dadurch auch die Therapie wesentlich gefördert hat, gibt darin einen ganz umfassenden Ueberblick über alle Methoden und besonders über die von ihm angegebenen operativen Verfahren.

1. Schulterverrenkungen: wie die akuten in 2 Gruppen zu teilen: a) Luxatio extracoracoidea und subcoracoidea. b) Luxatio intracoracoidea und subclavicularis. Die ersteren sind die günstigeren, da auswärts vom Prozess. coracoid. und den von ihm entspringenden Muskeln liegend. Das Haupthindernis der Reposition war aber bei beiden Gruppen durch den verkürzten M.-subscapularis gebildet. Nur bei sehr alten, schwächlichen Individuen ist die Luxation zu belassen, und durch vorsichtige Mechanotherapie Besserung zu versuchen. Unblutige Reposition ist



in allen Fällen, jedoch nie mit brüsken Manipulationen zu versuchen. Absichtlicher Bruch des Oberarmes, Osteotomie desselben, subkutane Tenotomien haben heutzutage kaum Berechtigung mehr, die Resektion nur dann, wenn durch Deformität der Gelenkkomponenten die Reposition kontraindiziert erscheint. Methode der Wahl ist: die Arthrotomie und Reposition nach offener Durchtrennung des M. subscapularis. Verf. gibt die Methode genau an; Komplikationen erfordern noch entsprechende Eingriffe.

2) Ellbogenverrenkungen, nur die hinteren sind berücksichtigt. Pathologisch-anatomisch sind hierbei Komplikationen viel häufiger als bei den Schultergelenkverrenkungen, Knochenverletzungen am Oberarm, Gelenkenden, Epicondyl. lateral. und medialis, ebensolche am Vorderarm (Olecranonfraktur, Proc. coronoideus, Radiusköpfchen). Regelmässig vorhanden sind Knorpelveränderungen, Ausfüllung der Fossa olecrani und coronoidea, häufig Bildung eines Callusspornes an der Rückfläche des Oberarmes. Die Veränderungen sind derart, dass im allgemeinen nach 3 Wochen die Reposition unblutig nicht mehr gelingen kann. Als Behandlungsmethode kommen dann heute nur noch Reposition durch Arthrotomie oder Resektion in Frage, die Wahl der betr. Methode wird im allgemeinen nach dem Verhalten der Gelenkenden (Knorpelüberzug, Komplikationen) zu treffen sein. Für die Reposition empfiehlt sich am meisten Verf.'s Methode mit temporärer Abtrennung des äusseren Seitenbandes und Umknicken des Vorderarmes nach innen. Die Methode ist ausführlich beschrieben.

3) Hüftgelenkverrenkungen. Auch hier ist die Zeit, wann eine alte Hüftgelenksluxation noch unblutig reponiert werden kann, nicht bestimmbar, doch müssen die Manipulationen schonend vorgenommen werden. Die Veränderungen an Pfanne und Gelenkkopf sind analoger Natur wie bei den anderen Verrenkungen. Die von einzelnen Autoren für irreponible Luxationen empfohlene Transposition stellt ein sehr heftiges Trauma dar, das unter Umständen stärker ist als das der blutigen Reposition. Die Technik der blutigen Reposition wird vom Verf., der über 17 Fälle verfügt, für jede Luxationsart, Luxat. iliaca, ischiadica, obturatoria, genau beschrieben. Verwendet wird immer ein hinterer Schnitt von der Trochanterbasis bis Spina il. post. inf. Die Mm. pyriformis, obtur. int. und gemelli, die über das Acetabulum weg ziehen, müssen mitunter durchtrennt werden, um zur Pfanne Zugang zu bekommen, werden aber sekundär genäht. Von grösster Wichtigkeit ist pein-



lichste Asepsis, denn nur bei vollkommen eiterungsfreiem Verlauf ist auf guten Erfolg zu rechnen. Die Erfolge des Verf. waren teilweise vollkommen. **Balsch**-Heidelberg.

38) **Irving S. Haynes.** Certain Fractures of the upper extremity in children. (Arch. of pediatrics 1911. XXVIII, 5.)

Besondere Rücksicht verlangen Epiphysenverletzungen mit Bezug auf Wachstumsstörungen und Gelenkbeeinträchtigung, Infraktionen wegen der Gefahr winkliger Konsolidation der Fragmente. Da Kinderfrakturen meist Querbrüche, so sind Weichteilverletzungen und Gelenkbeteiligung selten. Die Heilungsvorgänge sind sehr lebhafte; Nichtvereinigung der Fragmente sehr unwahrscheinlich. Alle diese Umstände begünstigen deforme Heilungen, welche die Spätresultate leicht verschlechtern. Bei typischer oberer Humerusepiphysenlösung Verband in Abduktion und leichter Aussenrotation des Armes; suprakondyläre Frakturen verlangen Vorsicht bei Diagnose und Prognose. Zur Behandlung wird eine Aufhängeschlinge am Handgelenk und belasteter Zug am Vorderarm nahe der Ellbeuge empfohlen; ferner ein Zugverband innerhalb eines fixierenden Thorax-Armverbandes. In der operativen Frakturbehandlung rät er zu grösster Zurückhaltung. **Landwehr**-Heidelberg.

39) **Poulsen** (Kopenhagen). Sehnenscheidenentzündung im ersten Fach des Antibrachium, begleitet von Traktionsperiostitis am Processus styloideus radii. (D. med. Woch. 1911. Nr. 18.)

P. beschreibt einen sonst nicht publizierten Krankheitsprozess, den er in etwa einem Dutzend Fälle beobachtet hat. Derselbe besteht in einer geringen Geschwulst im Verlaufe der Sehnenscheide des Abduktor pollic. long. und extensor pollicis brevis, ohne Krepitation in den Sehnen, mit Schmerzen bei Bewegungen und bisweilen auch in der Ruhe, mit starker Druckempfindlichkeit am processus styloideus radii, besonders an seiner äusseren Kante, an der das Ligament ansetzt. Die Schmerzen sind bisweilen äusserst unangenehme und weichen auch nur sehr langsam. P. immobilisiert das Handgelenk zeitweilig und massiert nach 2—3 Wochen sehr vorsichtig. Er glaubt, dass die Schmerzen an der volaren Seite des proc. styloid. von einer Periostitis herrühren, die durch Zerrung des Bandes entstanden ist. **Hohmann**-München.



40) **Codet-Boisse** (Bordeaux). Un cas de déformation symmetrique des deux poignets du type Dupuytren. Madelung. (Ueber die Madelungsche Deformität). (Revue d'orthopédie Bd. 22. S. 31.)

Die Beobachtung betrifft ein 16jähriges Mädchen, bei der sich die Verbildung der Handgelenke seit dem 13. Lebensjahr entwickelt haben soll. Das Röntgenbild zeigt die typische Verbildung der distalen Radiusepiphyse. Verf. führt die Deformation auf das chronische Trauma des Berufes (Bügeln) zurück.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

41) **Hirsch** (Wien). Eine besondere Form des Kahnbeinbruches im Roentgenbilde. (Fortschritte auf dem Geb. der Roentgenstr. XVI, 3. S. 228. Mit 4 Figuren.)

Zur Diagnose des Kahnbeinbruches ist die Durchleuchtung völlig ungenügend. Aufnahme ist unbedingt nötig und zwar vor allem in extrem-ulnarflektierter Stellung der Hand. Weiterhin auch Aufnahmen in Radialflexion. Die Aufnahmen sind bei verschiedenen, exzentrischen Röhreneinstellungen zu machen. Die gewöhnlichen Formen des Kahnbeinbruches (Bruch der Tuberositas ossis navicularis, Bruch des Keilbeinkörpers) sind im allgemeinen auf dem Roentgenbilde gut, wenn auch in verschiedenen Formen zu sehen. In einzelnen Fällen (H. hat in einem Jahre unter 8 Fällen 3 gesehen) zeigt sich keine typische Frakturlinie, sondern eine runde zentrale Aufhellung in der Mitte des Kahnbeinkörpers. Manchmal ist auch eine feine Frakturlinie zu sehen, die in die Aufhellung einmündet. Die Operation zeigt stets eine typische intrakapsuläre Fraktur des Kahnbeinkörpers mit ausgedehnter Zermalmung von Spongiosa. Die beschriebene Form ist für die Diagnose wichtig. Die Behandlung besteht in der möglichst frühzeitigen Exstirpation des Knochens. **Natzler**-Heidelberg.

42) **H. Wolff.** Auswechselung von Finger- und Zehenknochen. (Münch. Med. Woch. Nr. 11, 1911.)

W. implantierte als Ersatz für die durch Spina ventosa zerstörte Grundphalanx eines 27jährigen Mädchens die erste Phalanx der 2. Zehe desselben Patienten. Der Defekt der Zehe wurde durch ein 4½ cm langes Stück des 6. Rippenknorpels derselben Patientin ausgefüllt. Gute Einheilung und Funktion, nur waren die Bewegungen noch etwas durch eine Weichteilschwellung behindert. Deshalb nach einigen Wochen Inzision. Ausser reichlicher Schwielenbildung, die entfernt wurde, fand sich nichts Krankhaftes. Darauf nahm



die Beweglichkeit des Fingers weiter zu, und jetzt besteht keine Behinderung der Hand mehr. Das Röntgenbild nach 1 3/4 Jahren zeigt am proximalen Gelenkende der 2. Phalanx eine leichte Arrosion des Knochens, also einen neuen Erkrankungsherd. Bei Vergrösserung desselben wird auch hier Ersatz in Aussicht genommen. Die Gelenkkapsel, die bei der Operation vollständig entfernt wurde, hat sich von selbst ersetzt. **Hohmann**-München.

43) **Paul Vital** (Badin). Du traitement consécutif des luxations congénitales de la hanche réduites par la méthode nonsanglante. (Archives de méd. des enf. Décembre 1910. p. 914.)

Angeborene Luxationen des Hüftgelenkes heilen oft allein durch Immobilisation nach erfolgter unblutiger Reduktion, in anderen Fällen wieder ist dies ungenügend und man muss eine Nachbehandlung folgen lassen.

In den günstigen Fällen, die eine Heilung ohne weiteren Eingriff voraussehen lassen, muss vor allem die Funktionierung des Gliedes wieder hergestellt werden. Nach Abnahme des Gipsverbandes bleibt der Patient noch etwa acht Tage zu Bette, während welcher Zeit massiert und elektrisiert wird, um den Muskeln die ursprüngliche Elastizität wiederzugeben und die atrophischen Störungen der Haut zu vermindern. Nach Abnahme des Verbandes zeigt sich das Bein abduziert, nach aussen gerollt und gebeugt. Was erstere anbetrifft, so ist ein gewisser Grad von Abduktion für die konzentrische Reduktion von Vorteil. Man kann sogar sagen, dass ein zu rasches Verschwinden der Abduktion einen diesbezüglichen Korrektivverband notwendig macht, welcher über Nacht angelegt wird und das Bein in einer leichten Abduktionsstellung erhält. In jenen Fällen aber, in denen man eine lange Zeit anhaltende, hartnäckige Abduktion beobachtet, ist es von Vorteil, den Parallelismus der Beine durch Anlegen einer Kautschukbinde, die jeden Tag stärker angezogen wird, herzustellen.

Die Rotation nach aussen wird durch den aufrechten Gang binnen kurzem von selbst verbessert, sonst wird dieselbe durch einen Verband, den man über Nacht anlegen lässt, wieder zur Norm gebracht.

Die Beugung der Hüfte muss durch aktive und passive Bewegungen, durch Massage, durch manuelle Geradestreckung und, falls es notwendig erscheint, durch die langsame und wiederholte Einwirkung einer Gummibinde redressiert werden.



Von Wichtigkeit ist es, den immerhin möglichen Reluxationen entgegenzuarbeiten, was man unter Anderem auch durch zeitweilige Anlage des zuletzt getragenen Kontentivverbandes erreichen kann.

Die weitere Nachbehandlung besteht in gymnastischen Uebungen, hauptsächlich in Ab- und Adduktionsbewegungen, in Streckungen und Drehungen. Auch systematische Hebbewegungen, mit und ohne Gewichte, müssen vorgenommen werden. E. Toff-Braila.

44) **Alapy** (Budapest). Die Endergebnisse der konservativen Coxitis- und Gonitisbehandlung. (Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. Bd. 27, S. 243.)

A. gibt eine Uebersicht über 51 nachuntersuchte Coxitis- und 31 Gonitisfälle. Die Behandlung erfolgte im Gipsgehverband mit Redressement der pathologischen Stellung in Etappen, ohne jede Gewaltanwendung, zum Teil in Verbindung mit Entlastung des erkrankten Gelenks. Abszesse wurden mit 10 % Jodoformglyzerin injiziert. Resektion erfolgte nur in sehr wenigen Fällen, wenn die Kranken stark herunter kamen. Die Coxitisfälle ergaben in Bezug auf Beweglichkeit des Gelenks 24 % vorzügliche und in 43 % gute Resultate, die kontralaterale Beckensenkung war nur in 24 % ausgesprochen, in 76 % garnicht oder nur in geringem Masse vorhanden. Die Durchschnittsverkürzung war 2,82 cm, in 12 von 51 Fällen war gar keine, in 16 Fällen Verkürzung von 1 — 2 cm vorhanden. Umfangsverminderung des Beines betrug im Durchschnitt am Oberschenkel 3,8, am Unterschenkel 1,35 cm. Das Gehvermögen war (bei den 51 untersuchten Fällen und bei 46, welche Antwortbogen eingesandt hatten) in 21,6 % fehlerfrei, in 35,0 % gut und in 19,6 % recht gut. Eiterung wurde nicht häufiger beobachtet als bei anderen Verfahren, Generalisierung der Tuberkulose kam sehr selten vor. Was die Gonitis anbetrifft, so heilten von den Fällen, die nicht mit Abszess resp. Fistelbildung einhergingen, 82 % aus, bei Abszessbildung 70 % und bei Fisteln nur 50 %. Zusammengefasst heilten von allen Fällen 75 % aus, 25 % blieben ungeheilt (es starben 14,9 %). Die Verkürzung, die in der Hälfte der Fälle eintrat, betrug im Durchschnitt 1,87 cm, die Verlängerung bei einem Teil der Fälle desgleichen 1,86 cm. Die Atrophie des Beines war am Oberschenkel im Mittel 3,6 cm, am Unterschenkel 1,92. Der Zustand des Gelenks war bei 37,50 % ideal, bei 18,75 % gut und bei ebensovielen recht gut. Fehlerfreier Gang fand sich in 53,7 %, in 22,2 % war er gut und in 3,7 % als recht gut zu bezeichnen. Verf. glaubt nach obigen Zahlen die

konservative Behandlung der Gelenktuberkulose und zwar mittels des Etappenverbandes dringend empfehlen zu können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

45) **Lackmann** (Hamburg). Ueber Coxa valga adolescentium. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 28. Bd., S. 211.)

L. beobachtete bei einem 16jährigen Schmiedelehrling eine beiderseitige Coxa valga, die er als möglicherweise angeboren betrachtet. Beschwerden waren einseitig erst in letzter Zeit aufgetreten und zwar infolge einer Verschiebung der Kopfepiphyse. Die Messung des Beckens ergab eine dorsolaterale Stellung der Hüftpfannen (Preiser). L. glaubt annehmen zu dürfen, dass die Veränderungen des Femur (Vergrösserung des Schenkelhalswinkels und Antetorsion des oberen Femurendes) sekundär seien und als Anpassungsvorgänge des Oberschenkels an die anormale Pfannenstellung aufzufassen seien. Zur sicheren Diagnose der Coxa valga fordert L. eine Aufnahme des Hüftgelenks in Mittelstellung und eine zweite in Innenrotation, damit nicht durch Aussenrotation eine Steilstellung des Schenkelhalses vorgetäuscht werde.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

46) **Glimm.** Zur Behandlung der Ischias mit epiduralen Injektionen. (Münch. Med. Woch. Nr. 8, 1911.)

Nur sehr hartnäckige Fälle injizierte G. Von 7 Patienten 5 Heilungen. Bei 2 Fällen Rezidiv nach vorübergehender Besserung. Als Flüssigkeit nahm er $^1/_4$ prozentiges Kokaïn, 1 prozentiges Eukaïn, physiologische Kochsalzlösung oder Schleichsche Lösung II. Letztere bewährte sich am besten. Die Mengen betrugen 10—20 ccm. Nach Eintritt der herabgesetzten Empfindlichkeit, nach etwa 10 Minuten, dehnt er den Nerven unblutig, worauf er besonderen Wert legt. Bei einem sehr renitenten Fall von Coccygodynie nach einem Fall sah er einen glänzenden Erfolg. **Hohmann**-München.

47) **Makintosh.** Fracture of the femur at birth. (British medical Journal. 4. Februar 1911.)

Fall von Femurfraktur während des Geburtsaktes ohne künstliche Hilfe. Steisslage bei einer Primapara.

Mosenthal-Berlin.

48) **Bertram** (Meiningen). Eine typische Rodelverletzung. (Münch. med. Woch. No. 12, 1911.)

B. beschreibt 3 Fälle von Trennung der unteren Oberschenkelepiphyse mit Dislokation nach vorn. Diese Fälle



entstehen, wenn der Rodel bei vereisten Bahnen über Terrainwellen fliegt und in die Luft geschleudert wird. Beim Aufprallen schlägt die Planta pedis mit Gewalt auf den harten Boden auf. Dabei entsteht der Bruch. Bei 2 Fällen wurde die blutige Vereinigung verweigert und nur ein Teilresultat erzielt, bei einem 3. Fall das Knie durch Längsschnitt eröffnet und die auf der vorderen Femurkante fest verkeilte Epiphyse an ihren Platz zurückgehebelt. Normale Funktion. **Hohmann**-München.

49) **Lindemann** (München). Die Frühbehandlung der rachitischen Beindeformitäten insbesondere des O-Beins durch die Osteoklasie. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 28. Bd., S. 196.)

L. wendet die Osteoklase an, sobald in 1/2 Jahre keine Besserung eingetreten ist, und solange noch keine Sklerose der Knochen besteht. Von einer Spontanheilung erwartet L. nicht viel. Bei der Osteoklase soll möglichst nur eine Infraktion erzeugt werden zur Vermeidung von Dislokation und des rascheren Festwerdens halber. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

50) **D'arcy Power.** Results of the surgical treatment of displaced semilunar cartilages of the Knee. (British medical Journal. 14. Jan. 1911.)

Das Resultat einer Umfrage an alle 262 Patienten, die von 1892 — 1900 am St. Bartholomy-Hospital wegen Dérangement interne operiert worden waren, ergab 128 Antworten, die folgende Angaben enthalten. 73 Patienten blieben rezidivfrei, bei 39 blieb das Kniegelenk schwächer, 77 bekamen volle Beweglichkeit, von 12 Angaben über Bewegungsbeschränkung konnten 8 nur schlecht knieen. In 43 Fällen war das Knie absolut schmerzfrei, 11 merkten Schmerzen bei Temperaturwechsel. 35 behielten Schmerzen zurück. Der Standpunkt P. bei der Behandlung der Semilunar-Knorpelluxation ist: Direkt nach der Verletzung muss zunächst unbedingt der Versuch gemacht werden, den Knorpel zu reponieren. Extensionsverband, bis die Schwellung des Gelenks geschwunden ist und genügend Zeit zum Verheilen gegeben ist. Während dieser Zeit Massage. Die Verletzung nur mit Ruhe und Umschlägen zu behandeln ist ebenso verkehrt, wie eine Luxation unreponiert zu lassen. Sind die erstgenannten Massnahmen unterlassen, oder die Reposition ohne Erfolg versucht, und ein schmerzhaftes Kniegelenk zurückgeblieben, so ist so zeitig wie möglich eine Arthrotomie zu machen, der dislozierte Knorpel zu entfernen. Die ungünstigsten



Resultate ergeben die Fälle, in denen die Patienten lange Zeit mit dem geschädigten Knie herumgelaufen sind. Die besten Resultate, wenn nur ein oder wenige schmerzhafte Luxationsattacken vorausgegangen sind. In diesen Fällen sind die Gelenkbänder noch nicht überdehnt, und das Knie bekommt bald seine normale Funktion wieder. **Mosenthal**-Berlin.

51) **Poulsen** (Kopenhagen). Osteoplastische Operation an der rachitisch gekrümmten Tibia. (Zeitschr. f. orth. Chir. 28. Bd. S. 1.)

P. bildet aus dem höchsten Punkt der verkrümmten Tibia einen Haut-Periost-Knochenlappen und meisselt dann den Rest der Konvexität fort. Das noch stehen gebliebene Stück der Tibia wird infrangiert und der vorher gebildete Lappen in die durch die Infraktion verkleinerte Mulde wieder hineingelegt. P. will dadurch eine möglichst gute Form ohne Verlust an Länge erzielen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

52) **Sir William Bemott.** The treatment of venous thrombosis mainly from the surgical aspect. (British medical Journal, Jan. 7the 1911.

Das Zustandekommen einer Thrombose ist abhängig von zwei Faktoren, vom Blut oder von den Gefässen. Bei ersterer Ursache, bei Thromben, bei Bluterkrankungen kommen chirurgische Eingriffe nicht in Frage, da der Sitz multipel sein kann. Nur bei Verletzungen etc. der Vene kann ein chirurgischer Eingriff erwogen werden. Ferner bei den fortschreitenden Tromben der unteren Extremität, wo durch zeitiges Operieren evt. das ganze Glied gerettet werden kann. Ferner auch bei den septischen Thromben der oberflächlichen Venen. Thromben, von denen losgelöste Stücke embolische Infarkte in den Lungen verursacht haben, wurden bei drei Fällen mit dem entsprechenden Teil der Vene exstirpiert und die Patienten geheilt. Als Indikationen zur Operation (Exstirpation der befallenen Venenstücke) bei Thrombose stellt B. folgende Punkte auf. 1. Lokalisierte Thromben in einer Tasche oder Ausstülpung der Vene. 2. Trophische Störungen in dem Hautgebiete der Vene. 3. Grosse Schmerzen.

Die Massage bei Thromben verwirft er nicht ganz, jedoch kommt sie nur in Frage bei varikösen Venen an der Oberfläche, wenn die tiefen Venen frei sind und Trendelenburg negativ ist.

Mosenthal-Berlin.



53) **Galeazzi** (Mailand). Beitrag zur Therapie des paralytischen Hohlfusses. (Zeitschr. f. orthop. Chir. 28 Bd., S. 96.)

G. benutzt zur Korrektur des Hohlfusses den Stilleschen Osteoklasten, indem er mittelst der Schraube des Apparats einen Gurt über den Fussrücken fest anzieht, während die Fusssohle auf einer Schlitzplatte aufruht. Es soll dadurch direkt eine Erniedrigung des Fussgewölbes erzielt werden. Bei sehr steiler Stellung des Kalkaneus durchtrennt G. das Fersenbein in Bogenform und dreht den bisher nach unten gerichteten Proc. posterior nach hinten, so dass das Fersenbein damit wieder seine normale Form und Stellung bekommt. Eine Verstärkung der Achillessehne durch Ueberpflanzung (Flexor hallucis und Peroneus brevis) sichert das Resultat.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

54) **B. Baisch** (Heidelberg). Der Plattfuss. (Ergebnisse d. Chir. und Orth. Bd. III, S. 571.)

Unter ausführlicher Berücksichtigung der Literatur, namentlich der modernen gibt die Arbeit einen Ueberblick über unsere derzeitige Kenntnis vom Wesen, Entstehungsweise, Pathologie und Therapie des Plattfusses. Unsere Kenntnisse darüber sind noch keineswegs einheitliche. Verf. hat versucht die Theorien darzulegen, soweit sie einer Kritik standzuhalten vermochten, und sie in Einklang miteinander zu bringen. Das vielgestaltige Symptomenbild vom beginnenden Pes valgus bis zum ausgesprochenen und fixierten Pes valgo-planus wird ausführlich besprochen. Ebenso ist die Therapie eingehend behandelt. Ein wesentliches Prinzip derselben ist die Vermeidung alles Schablonenhaften und das Bemühen das Muskelgleichgewicht am Fusse wiederherzustellen. Bei jeder Behandlungsmethode, sei sie nun rein orthopädisch-mechanisch oder eine operative, hat daher eine funktionell-gymnastische Behandlung mitzuhelfen. (Autoreferat.)

55) **P. Gorse et Dautheville** (Lille). Pieds plats et tuberculose. (La presse médicale, N. 19, 1911.)

Bekanntlich ist von Poncet (Lyon) die Ansicht ausgesprochen worden, dass die Tarsalgie und verschiedene Knochendeformitäten des Jünglingsalters einen tuberkulösen Ursprung haben, dass dieselben der Ausdruck einer abgeschwächten, entzündlichen Tuberkulose sind. Die Verfasser haben nun für den schmerzhaften Plattfuss statistische Untersuchungen angestellt und sind zu folgenden Schlüssen gelangt: Unter 12 888 Soldaten, die während der Jahre

1890 — 1910 in zwei französischen Kavallerieregimentern eingereiht worden waren, hatten 498 Plattfüsse. Man verfolgte die betreffenden Leute während einiger Jahre und fand, dass von den Plattfüssigen 36 an Tuberkulose erkrankt waren, während bei denjenigen, die keine Plattfüsse hatten, (12 390) 157 diese Krankheit darboten. Das Verhältnis ist bei Ersteren von 7 %, während bei Letzteren dasselbe nur 1,2 % beträgt. Ohne weitere Schlüsse aus diesen Untersuchungen ziehen zu wollen, ist es doch erwiesen, dass jene jungen Leute, die Plattfüsse haben, einen fast 7 mal grösseren Prozentsatz für die Tuberkulose liefern, als gesunde.

E. Toff-Braila.

56) **Turner** (Petersburg). Ueber die Beziehungen der Klumpfussbildung und anderer kongenitaler Deformierungen der unteren Extremitäten zu fötalen Zwangshaltungen und zur Hodenektopie, angeborener Leistenhernie, Hydrocele usw. (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. 27. S. 227.)

T. glaubt die intrauterine Haltung, die er sich nach der Geburt rekonstruiert hat, für die Entstehung mancher Deformitäten verantwortlich machen zu können. Speziell nimmt T. dies für das gleichzeitige Vorkommen von Klumpfuss und Hakenfuss an. In einigen Fällen hat Verf. dabei festgestellt, dass die eine Ferse auf den Leistenkanal drückt. Dieser Druck soll das gleichzeitige Fehlen des Descensus testiculi verursacht oder in anderen Fällen die Entstehung einer Hydrocele bewirkt haben.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

57) **M. L. Lamy**. Traitement du pied bot varus equin congénital. (Gazette des hôpitaux 1911. 84, 53.)

Wenn Redressement und Achillotenotomie innerhalb 4 Monaten ihre Schuldigkeit nicht getan haben, so ist der Klumpfuss als der blutigen Behandlung bedürftig zu betrachten. Hat von diesen Verfahren die sog. subkutane Aushöhlung des Tarsus besondere Vorzüge? Tenotomieen genügen nur bei muskulär bedingter Deformität; Osteoklasten für ligamentös und knöchern fixierte Füsse werden bald in orthopädischen Museen verschwinden. Den Vorschlag zur Operation machte Little (1854), die erste Ausführung Velpeau. Die Osteotomie schafft einen ankylotischen, verkürzten Fuss. Die Talusexstirpation behebt nur die Equinusstellung; Gehstörungen infolge Tibiatarsusankylose sind häufig; partielle Talusexstirpationen genügen in der Mehrzahl der Fälle nicht. Kirmisson durchtrennt alle Weich-



teile der medialen Seite mit sehr gutem Erfolge. Die Narbe begünstigt das Rezidiv, Talus und Calcaneus bleiben unbeeinflusst. Nach Mencières Beispiel hat L. das Evidement von Talus, Corpus calc. und Cuboid ausgeführt; Zugang durch allerkleinste Hautlängsschnitte. Redression auf sterilem Bügeleisenhandgriff, bis „il donne la sensation du pied ballant"; 3 Wochen Gipsverband, dann nochmals Redression, Gipsverband für drei Wochen. Später Schuh mit erhöhter Spitze und lateralem Rand und Retentionsapparat. Bei Torsion des Unterschenkels Tibiaosteotomie. — Vorteile des Verfahrens: völlige Korrekturmöglichkeit ohne Verstümmelung, Erhaltung der Gelenkteile, keine Wachstumstörungen.

Landwehr-Heidelberg.

58) **Schultze** (Duisburg). Zum Aufsatz Dr. v. d. Osten-Sackens „Zur orthopädischen Chirurgie des veralteten Klumpfusses." (Zeitschr. f. orthop. Chir. 28. Bd., S. 223.)

Sch. tritt der Auffassung von d. Osten-Sackens, dass beim Klumpfuss unter Umständen blutige Eingriffe indiziert seien, energisch entgegen und weist darauf hin, dass das unblutige Redressement speziell mit den vom Verf. angegebenen Osteoklasten stets gute Erfolge habe.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

59) **Pürckhauer**. Die Torsion der Unterschenkelknochen bei angeborenen Klumpfüssen und ihre Heilung. (Münch. med. Woch. No. 11, 1911.)

P. hat in der gleichen Weise wie früher schon Schede und Vulpius zur Beseitigung der einem guten Klumpfussbehandlungsresultat oft sehr hinderlichen Einwärtstorsion der Unterschenkelknochen die Tibia in der Höhe der stärksten Torsion lineär osteotomiert unter Erhaltung der Fibula, und das periphere Fragment auswärts gedreht. Er gibt eine Anzahl von Abbildungen von Resultaten. Es wäre wichtig zu erfahren, aus welchem Grund diese Operation nicht weiter in Aufnahme gekommen ist, bezw. ob die Resultate der früheren Operateure von Dauer gewesen sind?

Hohmann-München.

Personalien.

Den Privatdozenten Dr. Hans Spitzy und Dr. Arnold Wittek in Graz wurde der Titel eines ausserordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Prof. Dr. Joachimsthal-Berlin wurde zum korrespondierenden Mitglied der American Orthopädic Association gewählt.



Inhalt: Hüftschaukelsitz zur Behandlung der Lumbalskoliose und Lumballordose. Von Dr. **Georg Hohmann** in München. (Originalmitteilung.)

Buchbesprechungen: **Quervain,** Spezielle Chirurgische Diagnostik für Aerzte und Studierende. — **Glaessner,** Jahrbuch für orthopädische Chirurgie. — **Ritschl,** Die Anschlagbewegungen beim Klavierspiel. — **Ruediger,** Kompendium der Röntgendiagnostik.

Referate: 1) **Cramer,** Wesen und Behandlung der Osteomalazie. — 2) **Wrede,** Lymphangiome im Knochen. — 3) **Frangenheim,** Chondromatose des Skelettes. — 4) **Maier,** Die röntgenologischen Grundlagen der idiopathischen Osteopsathyrose. — 5) **Freiberg,** Osteochondritis dissecans. — 6) **Bockenheimer,** Sportfrakturen. — 7) **v. Saar,** Typische Sportverletzungen. — 8) **Franz,** Gelenkschüsse und Schussfrakturen der langen Röhrenknochen im südwestafrikanischen Feldzug 1904--07. — 9) **Hübotter,** Lane'sche Klammer. — 10) **Jerusalem,** Sonnenlichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. — 11) **Gaugele,** Subkutane Arthrodese nach Bade. — 12) **Schmerz,** Verwendung von Amnion als plastisches Interpositionsmaterial. — 13) **Hollós,** Einige Fälle von tuberkulösem Rheumatismus. — 14) **Jansen,** Radium und Rheumatismus. — 15) **Paynton,** Seltene Symptome bei Rheumatismus der Kinder. — 16) **Brasch,** Muskeldystrophie und Myotonie nach Unfall. — 17) **Morgan,** Idiosynkrasie gegen Aspirin. – 18) **Currie,** Poliomyelitis-Epidemie. — 19) **Mayer,** Behandlung der frischen Kinderlähmung durch Ruhigstellung. — 20) **Willigan,** Cerebrospinal-Fieber. — 21) **Lubinus,** Ausbildung mechanotherapeutischer Assistenten. — 22) **Ghillini,** Chirurgie und Orthopädie in Amerika. — 23) **Daals,** Dünne Metallnetze für Kontentivverbände als Ersatz der Gipsverbände. — 24) **Mayerhofer,** Einfache Verbandschiene für Unter- und Oberschenkelbrüche. — 25) **Hasselmann,** Ueber feste Verbände. — 26) **Fraenkel,** Ueber Wirbelgeschwülste im Röntgenbild. — 27) **Nast-Kolb,** Operative Behandlung der Verletzungen und Erkrankungen der Wirbelsäule. — 28) **Semeleder,** Einfaches Verfahren zur bildlichen Darstellung von Deformitäten, speziell der Skoliose. — 29) **Groedel,** Das Verhalten des Herzens bei kongenitaler Trichterbrust. — 30) **Cohn,** Kann ein Rippenbruch durch exzessive Atemanstrengung entstehen? — 31) **Froelich,** Halsrippen und Entzündungserscheinungen an den Processus transversi. — 32) **Convelaire,** Blutungen in dem Sternocleidomastoideus und Torticollis durch kongenitale Muskelveränderungen. — 33) **Bibergeil,** Ueber doppelseitigen angeborenen Schulterblatthochstand. — 34) **Pürckhauer,** Zur Lehre vom Pektoralisdefekt und Schulterhochstand. — 35) **Algyogyi,** Ein seltener Fall von Missbildung einer Oberextremität. — 36) **Wagner,** Ein neues, einfaches und schonendes Verfahren der Reposition frischer Schultergelenksluxationen. — 37) **Dollinger,** Die veralteten traumatischen Verrenkungen der Schulter, des Ellbogens und der Hüfte. — 38) **Haynes,** Frakturen der oberen Extremitäten bei Kindern. — 39) **Poulsen,** Sehnenscheidenentzündung im ersten Fach des Antibrachium. — 40) **Codet-Boisse,** Ueber die Madelungsche Deformität. — 41) **Hirsch,** Eine besondere Form des Kahnbeinbruches im Röntgenbild. — 42) **Wolff,** Auswechselung von Finger- und Zehenknochen. — 43) **Vital,** Behandlung der angeborenen Luxationen des Hüftgelenks. — 44) **Alapy,** Endergebnisse der konservativen Coxitis- und Gonitisbehandlung. — 45) **Lackmann,** Ueber Coxa valga adolescentium. — 46) **Glimm,** Behandlung der Ischias mit epiduralen Injektionen. — 47) **Makintosh,** Femurfraktur während der Geburt. — 48) **Bertram,** Eine typische Rodelverletzung. — 49) **Lindemann,** Frühbehandlung der rachitischen Beindeformitäten. — 50) **Power,** Resultate der Behandlung der Semilunar-Knorpelluxation. — 51) **Poulsen,** Osteoplastische Operation an rachitisch gekrümmter Tibia. — 52) **Bemott,** Behandlung der Venenthrombose. — 53) **Galeazzi,** Therapie des paralytischen Hohlfusses. — 54) **Balsch,** Der Plattfuss. — 55) **Gorse et Dautheville,** Plattfuss und Tuberkulose. — 56) **Turner,** Ueber die Beziehungen der Klumpfussbildung und anderer kongenitaler Deformierungen der unteren Extremitäten zu fötalen Zwangshaltungen. — 57) **Lamy,** Behandlung des angeborenen Klumpfusses. — 58) **Schultze,** Zur orthopädischen Chirurgie des veralteten Klumpfusses. — 59) **Pürckhauer,** Die Torsion der Unterschenkelknochen bei angeborenen Klumpfüssen und ihre Heilung.

Personalnotizen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW. 6, Karlstr. 15, einsenden.



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. Oktober 1911. Heft 10.

(Aus der orthopädisch-chirurgischen Klinik von Prof. Dr. O. Vulpius in Heidelberg.)

Zur mechanischen Behandlung von Zehen- und Fingerdeformitäten.

Von
Dr. ADOLF NATZLER,
I. Assistent.

(Hierzu 7 Abbildungen im Text.)

Deformitäten der Zehen und Finger sind sehr häufig Gegenstand orthopädischer Behandlung. Mit der operativen Therapie tritt gerade hier die mechanische recht oft erfolgreich in Wettbewerb. Die Zahl der für die verschiedenen Zehen- und Fingerdeformitäten angegebenen Apparate und Bandagen ist ziemlich gross, ein Zeichen dafür, dass den an und für sich ja oft nicht so schweren, dafür aber um so beschwerlicheren Leiden nicht immer leicht und einfach beizukommen ist.

Ein Beispiel dafür bietet die Behandlung der Hammerzehe. Ihre Beseitigung ist zwar, wie Schanz[1]) meint, „eine meistens unnötige und immer recht schwierige und undankbare Aufgabe". Mit der Behandlung des Plattfusses allein, der sich bei der Hammerzehe ja auch gewöhnlich findet, ist es meist nicht getan, und schwinden schliesslich die Plattfussbeschwerden, so können die deformierten Zehen noch Gegenstand des Leidens für Patienten und — Arzt sein. Meist werden zu ihrer Behandlung in den Schuh einzulegende Sandalen mit elastischen Schlingen empfohlen, welche die Zehen von oben her angreifen, auf die konvexen Stellen drücken,

[1]) l. c. Schanz, Handb. d. orthopäd. Technik 1908. Seite 614.



sie herabziehen und so die Deformität ausgleichen. Hoffa [2]) selbst hat sich „viel mit diesen Vorrichtungen geplagt, aber nur selten wirklichen Erfolg gesehen". Er verzichtet deshalb auf jeden Apparat, richtet die Zehen nur forciert gerade und bandagiert sie mit Heftpflasterstreifen auf Filzstahlschienen von der Breite der Zehen. Auf diese Weise sollen die Patienten beim Gehen keine Schmerzen haben, und bei Kindern hat Hoffa mit dem allerdings recht einfachen Vorgehen in 6—8 Wochen völlige Streckung der Zehen erreicht. Bei Erwachsenen aber ist die Sache nicht so einfach, denn die Stahlschienen machen beim Gehen gewöhnlich doch Beschwerden, die Patienten werden durch die lange Dauer der Behandlung ungeduldig und dann erlebt man allerdings keine besondere Freude an seiner Therapie.

Wir haben für die leichten und mittelschweren Fälle von Hammerzehen und ähnlichen Deformitäten einen kleinen Apparat konstruiert, der uns öfter schon recht gute Dienste geleistet hat.

Nehmen wir als Beispiel die oft vorkommende Verkrümmung aller fünf Zehen. Das Leiden macht den Patienten manchmal sehr grosse Beschwerden, trotzdem die einzelnen Zehengelenke — manuell wenigstens — noch verhältnismässig gut bewegt werden können. Mit der einfachen Verordnung: „Bequemes Schuhwerk", ist's nicht getan. Wir gehen so vor: Von vornherein verzichten wir darauf, Einlagesohlen mit Schlingen oder ähnlichen Vorrichtungen zu benützen. Sie haben sich in der Tat nicht sonderlich bewährt. Wir lassen nach einem Gipsmodell des Fusses einen leichten Apparat herstellen, der im Folgenden näher beschrieben ist. Er besteht aus drei Teilen: Einem Fixationsteil aus Leder für den Fuss, an ihm angebracht je nach Bedarf — gewöhnlich drei — Stahlschienen und bis zu fünf Gummilederzügen zur Befestigung der Zehen.

Der Fussteil wird auf dem Gipsmodell herausgearbeitet, wie die Teile bei einem Schienenhülsenapparat: das Leder nass aufgezogen, gewalkt, dann getrocknet und in der Form des Fusses zurechtgeschnitten. An der Innenseite gewöhnlich wird eine Schnürvorrichtung angebracht. Dieser Schuhteil reicht bis zum Metatarso-Phalangeal-Gelenk. Von seinem Rücken aus gehen leichte Stahlschienen, die im stumpfen Winkel zuerst nach oben und dann ungefähr parallel dem Fussrücken nach vorn ziehen, bis sie die Zehen um etwa 1—2 cm überragen. Die Schienen sind an ihrem Vorderteil mit Metallknöpfen versehen. An diese werden durch Gummistreifen unterbrochene Lederriemen befestigt. Die Züge fassen die Zehen

[2]) l. c. Hoffa, Lehrb. d. orthopäd. Chirurgie 1905. Seite 845.



von unten her, stellen sie gerade und fixieren sie gut in der gewünschten Stellung.

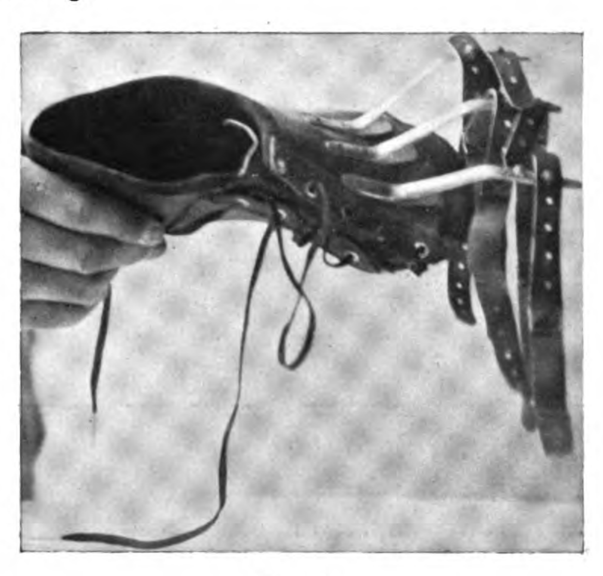


Fig. 1.

Abbildung 1 zeigt den vollständig montierten Apparat, Abbildung 2 den Apparat im Gebrauch.



Fig. 2.

Man mag es nicht als Nachteil auslegen, dass er tagsüber nicht gebraucht werden kann, sobald eine ambulante Behandlung

nötig ist. Er kann dann nachts getragen werden. Sein Hauptvorteil ist die gute Fixation des Fusses durch den schuhartig gearbeiteten Lederteil und die gute Fixierung der Zehen mittels der an den Stahlschienen befestigten Züge. Ferner ist es sehr zweckmässig, die oft durch Hühneraugen, Schwielen, entzündete Schleimbeutel schmerzhafte konvexe Seite der Zehenverkrümmung nicht von oben nach unten zu drücken, sondern sie von unten her anzugreifen, um den beabsichtigten Zweck der Geradestreckung besser und schmerzloser zu erreichen. Der Apparat kann in entsprechender Weise bei Zehendeformitäten anderer Art jederzeit modifiziert werden. Ein Beispiel dafür zeigt Abbildung 3. Es

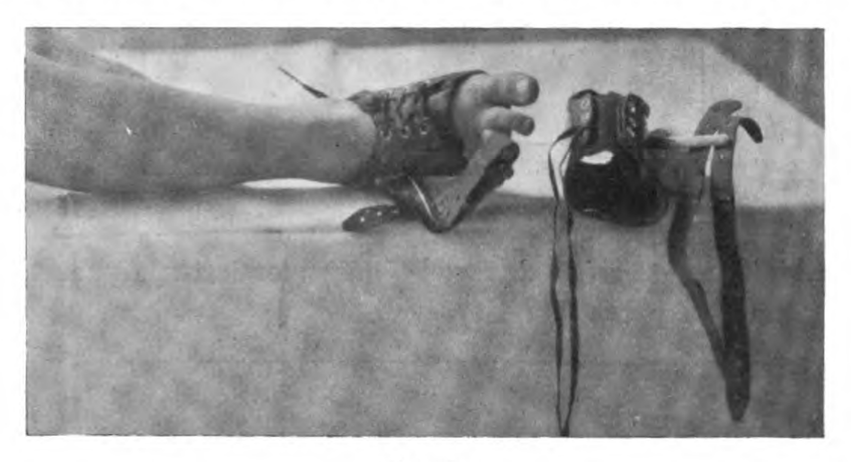


Fig. 3.

handelte sich um einen 7jährigen Jungen, bei dem eine Adduktionsstellung der 3., 4. und 5. Zehe in den Grundgelenken und Verkrümmung im Sinne der Hammerzehe seit der Geburt bestand und infolge starker Schmerzen den Gang sehr beeinträchtigte. Die Stahlschiene wurde an der lateralen Seite des Fussteiles befestigt und die Zehen von der Seite her in Abduktion und zugleich von unten her in Streckstellung gebracht. Die Schnürung des Fussteils befindet sich diesmal nicht an der Seite, sondern auf dem Fussrücken. Aus der Abbildung ist der Bau des Apparates, sowie die Art seiner Anwendung genau ersichtlich. Wir haben mit dem Apparat sehr gute Erfolge erzielt. Die leichteren Fälle führten in ungefähr 14 Tagen, die mittelschweren in 4—6 Wochen zur Heilung, i. e. Streckstellung der Zehen. Jetzt erst ist es Aufgabe der Nachbehandlung durch entsprechendes Schuhwerk für die Erhaltung des guten Resultates zu sorgen und Rezidiven vorzubeugen.

Die schweren Fälle, bei denen es schon zu starken Schrumpfungskontrakturen oder gar zu Veränderungen des Gelenkknorpels oder



des Knochens gekommen ist, können durch den Apparat wohl gebessert, aber kaum geheilt werden. Sie bedürfen operativer Behandlung.

Die gute Brauchbarkeit des Apparates für Zehendeformitäten veranlasste uns, denselben entsprechend modifiziert, für Deformitäten der Finger zu verwenden. Die Zahl der für solche Zwecke schon konstruierten Apparate ist Legion. Von den einfachsten Improvisationen bis zu den kompliziertesten Konstruktionen ist wohl alles versucht worden. Ich erinnere da einerseits an den Eschbaum'schen Apparat zur Beseitigung von Fingerbeugekontrakturen, der aus einem durch Binden auf der Rückseite von Unterarm und Hand fixierten Brett mit fingerartigen Ausläufern besteht, an denen die Fingerspitzen durch Gummiringe befestigt werden. Um anderseits ein Beispiel für recht komplizierte Fingerapparate herauszugreifen, erwähne ich die Konstruktionen von Reibmayer u. a., bei denen mit Schrauben, Scharnieren, Federn, Gelenken und anderen Hilfsmitteln gearbeitet worden ist, ohne dass oft ein nur einigermassen brauchbarer Apparat zustande gekommen wäre.

Sehr einfach ist die Vorrichtung zur Behebung von Fingerbeugekontrakturen, die wir in Fig. 4 und 5 zur Darstellung bringen. Wir verwandten sie mit gutem Erfolge u. a. bei einem 19jährigen Mann, der an einer Beugekontraktur im 1. Interphalangealgelenk des 5. Fingers nach Fraktur der Grundphalanx litt. Sie ist eigentlich ohne weiteres aus der Abbildung verständlich. Die dorsal in der Mitte



Fig. 4.

auf dem Unterarm liegende, leicht überzogene Stahlschiene ist nach dem 5. Finger zu etwas abgebogen und reicht bis zum 1. Interphalangealgelenk. Sie ist mit 3 Gurten am Arm befestigt. Ungefähr über dem Metakarpo-Phalangealgelenk ist die aufwärts gebogene Stahlspange angebracht, an der ein Gummilederzug befestigt ist, der nur die beiden Endglieder in die Höhe ziehen kann, da das Grundglied durch die Rückenschiene fixiert wird.



Fig. 5.

Etwas komplizierter sieht, trotz seiner im Grunde recht einfachen Konstruktion, der Apparat aus, den Abbildung 6 veranschaulicht. Es handelt sich um eine 49jährige Frau, die seit 15 Jahren, im Anschluss an Rheumatismus, an hochgradiger Versteifung aller Finger in Beugestellung litt. Die Stahlspangen sind ebenfalls an einer auf der Dorsalseite des Unterarmes aufliegenden gepolsterten Stahlschiene angebracht, die ihrerseits wieder mit Binden am Arm festgewickelt wurde. Eine Heilung wurde in diesem Falle nicht er-



Fig. 6.

zielt. Immerhin waren bei Beginn der Behandlung die Fingergelenke vollständig versteift, während sie bei der Entlassung der Patientin aktiv und passiv ziemlich gut bewegt, allerdings nicht vollständig gestreckt werden konnten.

Wieder anders modifiziert haben wir das Prinzip bei dem in Fig. 7 abgebildeten Apparat angewandt.

Es handelte sich um einen 9jährigen Knaben, der um Neujahr



1911 eine suprakondyläre Oberarmfraktur erlitten hatte und bei dem sich in der Folgezeit ischämische Kontrakturen schlimmster Art einstellten. Als er Ende April in die Klinik gebracht wurde, waren die rechte Hand in halber Beugestellung, die Finger in allen 3 Gelenken fast total versteift. Nur in den Grundgelenken war eben etwas aktive Beweglichkeit wahrzunehmen. Nach einer technisch äusserst schwierigen Operation, bei der die zu einem dicken Strang verbackenen Sehnen und Nerven der Beugeseite nach Möglichkeit isoliert, die oberflächlichen Beuger plastisch verlängert und Medianus und Ulnaris dicht unter die Haut verlagert worden waren, gingen wir an die Herstellung eines einfachen Apparates, der folgende Bedingungen zu erfüllen hatte: Die Hand musste dorsalflektiert, die Finger mussten in möglichster Streckstellung gehalten werden. Zu diesem Zwecke fertigten wir aus Acetoncelluloid nach einem Gipsmodell des Armes und der Hand eine aus zwei Schalen bestehende Hülse für den Arm, die in rechtwinkliger Beugestellung des Ellbogens einen Teil des Oberarmes und den Unterarm umfasst. Auch für die Hand wurde eine aus zwei Schalen bestehende Hülse hergestellt, welche die Finger vollständig freiliess. Die Hülse wurde in



Fig. 7.

diesem Falle aus Sparsamkeitsgründen aus Acetonzelluloid gefertigt. Besser wäre wohl eine Hülse aus Leder, wie bei den zuerst beschriebenen Apparaten. Von der Armhülse aus geht nun wieder die in typischer Weise abgebogene Stahlspange, an der Gummilederzüge zur Dorsal-



flexion der Hand und zur Streckung der Finger befestigt sind. Dieser Aufgabe kommt Zug 1 bezw. Zug 2 nach. Um die Hand in der richtigen Lage zu fixieren und die Dorsalflexion erst gut zu ermöglichen, war es noch nötig, von oben her einen Druck auf den Handteil auszuüben. Dies geschieht durch eine einfache Feder F. Aus der Abbildung geht deutlich hervor, wie der Apparat wirkt. Eine richtige, wirksame Fixierung von Hand und Fingern in der von uns gewünschten Stellung kann wohl kaum durch einen einfacheren Apparat herbeigeführt werden. Und einen Apparat können wir bei der Nachbehandlung so schwerer Kontrakturen eben doch kaum entbehren, wenn anders wir nicht Gefahr laufen wollen, das mühsam errungene — bei derartigen Fällen an und für sich nicht voll befriedigende — Operationsresultat bald wieder völlig zu verlieren.

Die von uns angegebenen Apparate sind einfach, leicht und billig herzustellen. Sie leisten zum Mindesten das gleiche, wie alle zu ähnlichen Zwecken konstruierten, komplizierten, teueren, schwer herzustellenden und — oft recht wenig haltbaren Apparate. Sie leisten in richtig ausgewählten Fällen sehr Gutes, und wir können sie deshalb zur Behandlung der Zehen- und Fingerkontrakturen sowie ähnlicher Deformitäten wohl empfehlen.

Zur Behandlung der Sternumvorwölbungen resp. Hühnerbrust.

Von Dr. J. G. CHRYSOSPATHES,
Dozent für orthop. Chirurgie und Kinderchirurgie an der Universität Athen.

(Hierzu 2 Abbildungen im Text.)

In einem der letzten Hefte dieses Zentralblattes beschäftigt sich Wollenberg mit der Behandlung der Hühnerbrust durch einen von ihm erdachten Lagerungsapparat, der in seiner Konstruktions- und Wirkungsweise nichts zu wünschen übrig lässt.

Allein die Anwendung dieses Apparates scheint uns aus zweierlei Gründen einigermassen auf Schwierigkeiten zu stossen.

Erstens lässt er sich als Lagerungsapparat nicht während des ganzen Tages, wo das mit Pectus carinatum behaftete, sonst aber gesunde Kind sich frei bewegen soll und will, anwenden, und zweitens ist er ziemlich kompliziert, daher nicht so billig, dass er auch von ärmeren Patienten beschafft werden kann.

Ich bediene mich seit Jahren eines höchst einfachen Korrektionsapparates, der beliebig stark auf die deformierte Brust einwirkt, ohne die eingefallenen seitlichen Thoraxpartien zu berühren, und bin mit demselben so zufrieden, dass ich ihn im Folgenden kurz beschreiben und den Spezialkollegen warm empfehlen möchte.



Fig. 1.

Mein Apparat stellt nichts weiter dar, als eine Pelotte (s. Fig. 1), die aus gewöhnlichem Eisenblech, dem jeweiligen Umfang der Sternumvorwölbung entsprechend gross, ausgeschnitten wird. Auf der Mitte dieser Pelotte ist in querer Richtung eine federharte Stahlschiene festgenietet, deren Länge ungefähr dem queren Thoraxdurchmesser entspricht, und an deren freien Enden je eine Schnalle sich befindet. Der andere Teil des Apparats besteht aus einem 4 cm hinten und $1\frac{1}{2}$ cm vorn breiten Lederriemen, der vom Rücken her mit seinen beiden Enden in die Schnallen der Querschiene eingreift. Zwei weitere Riemen hinten, innerhalb der Breite der inneren Schulterblattränder am Hauptriemen befestigt, steigen über die Schultern, um an den beiden Knöpfen, die an den oberen Ecken der Pelotte sich befinden, befestigt zu werden.

Die Anwendungs- und Wirkungsweise dieser Pelotte ist aus der Beschreibung und den Figuren leicht ersichtlich: Durch Anziehen der seitlichen Enden des Hauptriemens erreicht man, nach Belieben, eine schwächere oder stärkere Abflachung der Deformität. Die über die Schultern geführten Riemen sind nur dazu da, um ein Verrutschen der Pelotte nach unten zu verhindern. Nach oben gleitet diese seltener ab, sollte dies aber einmal vorkommen, dann lasse ich einen Riemen an der Mitte des unteren Randes der Pelotte annähen und an der Hose befestigen. Oder ich wende eine Abänderung der seitlichen Züge der Pelotte an, die besonders dann indiziert ist, wenn die Vorwölbung höher, d. h. in der Höhe der Schultern sitzt, wie dies bei der kleinen Patientin in Fig. 2 der Fall war.



Fig. 2.

In einem solchen Falle lasse ich auf die Enden der Querschiene der Pelotte je eine kleine vertikale Schiene anbringen, an deren Enden wieder je eine Schnalle befestigt ist. In diese vier Schnallen greifen von hinten her die unter und über die Schultern geführten Riemen, wie dies Fig. 2 zeigt.

Durch diese Anordnung wird nicht nur das Hindernis der Schultern umgangen, sondern auch die Druckwirkung der Pelotte durch die hier mehr in Tätigkeit tretenden oberen Riemen erhöht. Um das dadurch leicht hervorgerufene Nachvornebringen der Schultern zu verhindern, lasse ich die Riemen von einer zweiten, dem Rücken angepassten Pelotte ausgehen.

Der Druck auf die seitlichen Thoraxpartien wird bei beiden Pelottenarten dadurch mit Sicherheit vermieden, dass die Riemen an Stellen des Apparates greifen, die mit den seitlichen Rändern des Brustkorbes zusammenfallen, jedenfalls dieselben nicht besonders nach innen übersteigen.

Auch die Elastizität, bei der Druckwirkung dieser Pelotte, wird durch die federnde Stahlstange gewährleistet.

Wie man also sieht, wirkt meine Pelotte, trotz ihrer Einfachheit, mit dosierbarer elastischer Kraft auf die Deformität, ohne die seitlichen Thoraxpartien zu drücken. Die Vorbuchtung der unteren seitlichen Thoraxteile, auf deren Eindrücken Wollenberg mit Recht besonderes Gewicht legt, bekämpfe ich in sehr einfacher Weise durch eine Uebung, die ich an den kleinen Patienten vornehmen resp. von ihnen selbst ausführen lasse. Diese besteht einfach darin, dass ich die Kinder mit dem Rücken auf mein Knie oder den Wolm lege und dann nach hinten-über biege, resp. sich selbst biegen lasse. Dadurch wird die Thoraxapertur vermittels der an ihr sich ansetzenden starken, bei dieser Uebung sich straff anspannenden Bauchmuskeln so nach unten gezogen, dass besagte seitliche Ausladung der Flanken, ja bei Hühnerbrust mittleren Grades, diese selbst schwindet. Es ist dies eine Uebung, die ich nirgends erwähnt gefunden habe, was mich umsomehr Wunder nehmen muss, als sie von hervorragender, ja geradezu verblüffender Wirkung ist, bei ihrer Einfachheit und leichter Ausführbarkeit.



Durch diese Uebung allein und das Tragen meiner Pelotte habe ich in wenigen Wochen oder Monaten, je nach dem Grad und Form der Deformität, prompte Heilung erreicht.

Wenn ich von Form der Deformität spreche, so tue ich es absichtlich, da ich das einfache runde Sternum vom Pectus carinatum unterscheide, insofern bei dem ersteren die Prominenz gleichmässig rund oder in engem Bogen, je nach ihrem Grad mehr oder weniger stark nach vorne springt, bei dem zweiten dagegen scharf eckig nach Hühnerbrustart sich zeigt.

Die von Hoffa in 2 Fällen beobachtete Form, bei welcher die Prominenz nur die Rippenenden einer Seite betrifft, habe ich auch und zwar 3 mal bisher beobachtet, was ja gegen ihr seltenes Auftreten spricht. Auch Vorspringen des Sternums in querer Richtung und zwar im Gelenk zwischen Manubrium und Corpus sterni habe ich gesehen, einmal mit zugleich vorhandener stärkerer Prominenz der einen Seite der Rippenansätze an dem Sternum. Unter 1104 orthop. Fällen, die ich innerhalb eines Jahres sah, beobachtete ich besagte Sternumanomalien 25 mal im Ganzen. Von diesen entfielen 17 auf die erstere, 5 auf die zweite und 3 auf die dritte (Hoffasche) Form.

Das Alter, in dem sich alle diese Fälle befanden, schwankte zwischen dem 2. und 7. Jahr für die erste, dem 3. und 12. für die zweite und dem 12. und 18. für die dritte Form.

Demnach wäre es anzunehmen, dass das einfache runde Sternum fast ausschliesslich die ersten Kinderjahre befällt, um mit dem fortschreitenden Alter entweder zu verschwinden oder sich stärker auszubilden, resp. in die zweite Form überzugehen, wenn es sich nicht von Anbeginn in dieser zeigte.

Indes aus all' dem oben Gesagten eine scharfe Grenze zwischen allen diesen Formen ziehen zu wollen, wäre ein gekünsteltes Unternehmen, da sie nach uns nichts weiter als verschiedene, in einander übergehende Grade der auch an dieser Stelle des Körpers sich zeigenden, in ihren krankhaften Missbildungen so launenhaften Rachitis darstellen. Dass diese übrigens nicht hochgradig zu sein braucht, um die von uns beschriebenen Sternumdeformitäten hervorzurufen, beweist die Tatsache, dass letztere in nicht so geringer Zahl sich sammeln liessen, und zwar in einem Lande, wo schwere Formen von Rachitis etwas seltenes sind.



Beiträge zur Aetiologie und Therapie der kongenitalen Hüftgelenksluxation.

Von
Dr. V. CHLUMSKÝ,
Professor für Chirurgie und Orthopädie an der Krakauer Universität.

Je mehr man sich mit der Frage der kongenitalen Hüftluxation beschäftigt, desto öfter stösst man auf verschiedene dunkle Punkte, deren Klärung wir bis jetzt vergebens suchen.

So sind wir z. B. in der Aetiologie trotz einer Unmasse von Arbeiten über diese Frage nicht viel weiter gekommen als vor 20 Jahren. Man diskutiert heute noch, ob es sich um eine postfoetale oder intrauterine Erkrankung handelt. Ich bringe hier als Beispiel nur die Meinungen der letzten zwei Jahre vor. So glaubt Graf[1]) (1909), dass der Eintritt der Luxation erst nach der Geburt stattfindet. Thompson[2]) (1909) ist der Ansicht, dass „die sogenannte kongenitale“ Luxation häufiger statisch (also postfoetal) als kongenital ist! Nach Braus[3]) (1910) ist die angeborene Hüftluxation ein Bildungsfehler (ergo intrauterin), der „durch Störung der korrelativen Raumbeziehungen zwischen Beckeninhalt und Skelett entsteht“. Le Damany und Saiget[4]) behaupten, dass eine Subluxation der Hüfte bei Neugeborenen, besonders bei Mädchen sehr oft vorkommt und später aber von selbst gut wird. Bei lebensfähigen Neugeborenen haben sie aber noch nie eine Luxation vorgefunden. Aus dieser Tatsache deduzieren sie, dass die Luxation zwar intrauterin vorbereitet, aber erst nach der Geburt zu einer vollständigen Verrenkung wird.

Dreesmann[5]) hält die Behinderung der Innenrotation der Schenkelhalsachse für die Ursache dieser Deformität. Der Platzmangel verursacht wieder diese Behinderung.

Kurz und gut, wie man sieht, die Arbeiten der letzten zwei Jahre geben uns ebenso wenig Bescheid wie diejenigen vor zwanzig Jahren.

---

1) Graf: Zur Lehre von der Entstehung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. Bruns Beiträge 1909. Heft 1.

2) Thompson: The etiology of that form of dislocation of the hipjoint, which is generally regarded as congenital. Lancet 1909.

3) Braus: Ein experimentell biologischer Beitrag zur Entstehungsgeschichte der angeborenen Hüftgelenksluxation. Münchner med. Wochschr. 1910.

4) Le Damany et Saiget: La luxation congénitale de la hanche. Progrès médical 1910.

5) Dreesmann: Neue Erfahrungen auf dem Gebiete der angeborenen Hüftverrenkung. Münchner med. Wochenschr. 1910.

Ich habe in den letzten 2 Jahren zwei Fälle von Hüftgelenksluxation bei Knaben gesehen, in denen ich jedesmal Kryptorchismus gefunden habe und zwar unilateral auf der luxierten Seite.

Es ist wahr, dass bei kongenitaler Hüftgelenksluxation verschiedene angeborene Missbildungen vorkommen, doch dieser Befund ist deswegen interessant, weil der Kryptorchismus der luxierten Seite entspricht und so gewissermassen die Theorie von Unverträglichkeit des Druckes auf den Hoden und dadurch auch den Zwang zur Innenrotation des Oberschenkels bestätigt.

Auf die Weise wäre auch zu erklären, wie es schon Roser tat, weswegen dieses Leiden mehr Mädchen als Knaben betrifft. Jedenfalls weitere Untersuchungen in dieser Richtung wären zu empfehlen.

In einem anderen Falle (Arzt Kind) haben wir die Diagnose angeborener Luxation sofort nach der Geburt stellen können, also im Gegensatz zu Le Damany et Saiget. Diese Luxation wurde auch röntgenologisch konstatiert. Auch die Behauptung Le Damanys und Saiget, dass sich die sogenannte Subluxation mit der Zeit bei lebensfähigen Kindern von selbst restituiert, erwies sich in einem Fall, den ich beobachtete, als trügerisch. Bei einem etwa 3jährigen Kinde bestand eine so unbedeutende Subluxation, dass wir uns zur Operation nicht entschliessen konnten. Inzwischen (nach Jahren) wurde aber aus der Subluxation eine förmliche Luxation, die immer grösser wird.

Was die Reposition der luxierten Extremität anbetrifft, so stösst man ebenfalls immer noch zeitweise auf unbesiegbare Schwierigkeiten. Ich habe seiner Zeit über eine Reihe von circa 50 Fällen referiert, in denen es mir gelang, immer und fast ohne nennenswerte Schwierigkeiten das luxierte Köpfchen unblutig zu reponieren. Nachher kamen aber einige Fälle, in denen mir das überaupt nicht oder nur unter grossen Mühen möglich war.

Bei einem 5jährigen Mädchen versuchte ich vergeblich zwei Stunden lang die beiderseitige Luxation zu reponieren, und bei drei weiteren Fällen sah ich kurz nach der Reposition wieder Reluxationen. Die Ursache des Missgeschicks im ersten Falle lag in einer, wie ich glaube, fast vollständigen Verödung der Hüftpfannen, in zwei weiteren Fällen in einer abnormen Flachheit derselben. In diesen letzten Fällen brach ein Kind einmal schon nach einem, ein andermal nach drei Monaten den Verband in der Inguinalgegend durch und ist in diesem Verbande noch einige Wochen herumgegangen. Wahrscheinlich hat der gebrochene Verband das Köpfchen aus der



Pfanne teilweise herausgehebelt. In beiden Fällen war die Reposition sehr leicht. Bei schwierigen Repositionen ist mir die Reluxation nicht vorgekommen.

Noch über einen interessanten Fall möchte ich berichten. Es wurde zu mir ein 3 jähriges Mädchen gebracht, mit einer einseitigen Luxation. Da ich es ziemlich schwach fand und die Eltern zuerst ein Bad aufsuchen wollten, habe ich die Operation auf einige Monate verschieben müssen.

Als ich das Kind nach 1/2 Jahr wieder sah, konstatierte ich eine auffallende Schmerzhaftigkeit in der luxierten Gelenksgegend. Die sofort aufgenommene Röntgenphotographie liess nur verschwommene Konturen des Köpfchens erkennen, und da auch eine Fixation des Oberschenkels bestand, stellte ich die Diagnose: Coxitis des luxierten Gelenkes. Diese Coxitis bestand nach der Anamnese und meiner Untersuchung vorher nicht, auch die vor einem halben Jahre aufgenommene Photographie hat nichts ausser der Luxation nachgewiesen.

Ein ähnlicher Fall wurde, soweit mir bekannt, nicht beschrieben.

In allen anderen Fällen, deren Reihe jetzt wieder über 50 beträgt, habe ich wieder sehr gute anatomische wie funktionelle Resultate erzielt. Ich muss aber darauf aufmerksam machen, dass ich in den Fällen, wo die Reposition glatt gelingt, keine Streckung der Muskeln ausführe und dass ich bei Fällen mit flacher Pfanne den Verband bis 3/4 Jahre mit 2—3 Verbandwechseln liegen lasse. Bei der Reposition, die ich meistens über den unteren, hinteren Pfannenrand ausführe, halte ich mich nach keinen Regeln, sondern reponiere das Köpfchen, so wie es möglich ist. Auch der Verband wird nicht in einer schablonenhaften Lage angelegt, sondern nur in der Stellung, in welcher das Köpfchen am besten liegt.

Ich habe mich einigemal überzeugen können, dass die starke fast überall übliche Abduktion des Oberschenkels keine konzentrische Stellung des Köpfchens gibt.

Nach alledem, was ich hier kurz zusammengestellt habe, muss ich bekennen, dass wir sowohl in der Aetiologie wie in der Therapie der angeborenen Hüftgelenksluxation noch viel arbeiten müssen, bevor die vorhandenen Unklarheiten beseitigt werden.

Franz Wohlauer (Berlin). Atlas und Grundriss der Rachitis. (Mit 2 farbigen und 108 schwarzen Abbildungen auf 34 autotypischen und 12 photographischen Tafeln und mit 10 Textabbildungen. München, J. F. Lehmann's Verlag 1911. Preis 20 Mark.)

Das schöne Buch, Band X der Mediz. Atlanten des Lehmannschen Verlages, ist eine willkommene und wertvolle Bereicherung unserer Rachitisliteratur. Dem eigentlichen Atlas ist ein ziemlich umfangreicher Text in Form eines Grundrisses vorausgeschickt, der auf 4 Druckbogen behandelt: Aetiologie und Pathologie der Knochenveränderungen, Röntgenbefunde, Wesen der rachitischen Veränderungen, Differentialdiagnose, Zeitfolge der Knochenerkrankungen, die Deformitäten im speziellen vom Schädel bis zum Fuss.

Die Therapie wird kurz skizziert. Ein ziemlich umfangreiches Literaturverzeichnis beschliesst diesen Teil. Es folgt der Atlas, der ausserordentlich instruktive Bilder von Präparaten, Photographien von rachitischen Patienten, Röntgenbilder bringt. Namentlich die 12 photographischen Tafeln von Röntgenaufnahmen enthalten ausgezeichnete Reproduktionen.

Das Material entstammt grössten Teils der Berliner orthopädischen Universitätsklinik, die Präparate gehören dem pathologischen Museum der Universität an. **Vulpius**-Heidelberg.

Lorenz und **Saxl**. Die Orthopädie in der inneren Medizin. (Mit 38 Abbildungen. Verlag A. Hölder, Wien und Leipzig 1911.)

Das 10 Druckbogen umfassende Buch stellt einen Supplementband zu „Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie“ dar. Es soll dem inneren Mediziner und praktischen Arzt zeigen, dass vielfache und innige Beziehungen zwischen interner Medizin und Orthopädie bestehen und dass die Kenntnis und Beachtung der letzteren für den Hausarzt notwendig ist, umsomehr, als die Orthopädie über Heilbehelfe verfügt, welche die interne Medikation wesentlich zu unterstützen vermögen. Weitaus der grösste Teil des Buches ist selbstverständlich den Krankheiten des Nervensystems gewidmet. Andere kleinere Abschnitte beschäftigen sich mit den Erkrankungen der Atmungs-, Kreislauf-, Verdauungs-, Harn- und Bewegungsorgane. Mögen auch therapeutische Einzelheiten in den Ausführungen der Verff. nicht widerspruchslos feststehen, so stellt das Buch doch unzweifelhaft eine Leistung dar, für welche Internisten und Orthopäden den Verff. gleichmässig dankbar sein müssen.

Vulpius-Heidelberg.



P. Römer (Marburg). Die epidemische Kinderlähmung. (Heine-Medin'sche Krankheit.) Mit 57 in den Text gedruckten Abbildungen. Berlin 1911, Verlag von Jul. Springer.

Verfasser, der an der experimentellen Erforschung der epidemischen Kinderlähmung mit an erster Stelle beteiligt ist, hat es in vorliegendem Buch unternommen, die Ergebnisse eigener und fremder ätiologischer Forschungen zusammenzustellen und übersichtlich geordnet zu publizieren.

Die ersten zwei Kapitel geben kurz Historisches und Symptomatologie der Erkrankung beim Menschen. Die folgenden Kapitel schildern die Aetiologie, Pathologie und Pathogenese bei Mensch und Tier, Epidemiologie und Bekämpfung der Erkrankung, vor allem die Immunisierungsversuche.

Die Therapie fällt ausserhalb des Rahmens des ungemein interessanten Buches, das unser Wissen wie dessen grosse Lücken mit gleicher Deutlichkeit schildert. Hoffentlich vermag eine Neuauflage bereits manches Rätsel von heute zu lösen.

Vulpius-Heidelberg.

J. Wickman (Stockholm). Die akute Poliomyelitis bzw. Heine-Medin'sche Krankheit. (Mit 12 Textabbildungen und 2 Tafeln. Berlin, Verlag von J. Springer. 1911.)

Die vorliegende Arbeit bildet einen unveränderten Abdruck des gleichnamigen Abschnittes aus dem „Handbuch der Neurologie", herausgegeben von M. Lewandowsky.

Sie gibt eine vorzügliche Orientierung über Aetiologie, pathologische Anatomie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose und Differentialdiagnose, Prognose, Epidemiologie der Krankheit.

Die Therapie ist nur kurz skizziert. **Vulpius**-Heidelberg.

M. Matsuoka (Kioto, Japan). Atlas der angeborenen Verrenkung des Hüftgelenkes in Röntgenbildern. (60 Bilder mit Erklärungstext auf 10 Tafeln. Hamburg, Lucas Gräfe und Sillem 1911. Preis 8 Mark.)

Der vorliegende 24. Ergänzungsband der „Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen", Herrn Prof. Albers-Schönberg gewidmet, bringt wunderbar schöne Bilder der Deformität aus verschiedenen Lebensaltern vom 4. Monat bis zum 44jährigen Mann, ferner von den augenblicklichen und späteren Erfolgen der unblutigen Reposition.

Der fleissige japanische Kollege hat die gesamte röntgenologische und photographische Arbeit persönlich ausgeführt.

Vulpius-Heidelberg.

Zabludowski's Technik der Massage. (Dritte veränderte und und vermehrte Auflage, bearbeitet von J. Eiger. Mit 80 Abbildungen. Leipzig 1911. Verlag von G. Thieme. Preis 4 Mark.)

Im wesentlichen hat die neue Auflage die Zabludowski'sche Massagetechnik unverändert beibehalten. Verf. hat sich bemüht, die Einteilung und Anordnung der Handgriffe im allgemeinen Teil übersichtlicher darzustellen und einzelne von Z. zwar viel angewandte, aber nicht beschriebene Handgriffe hinzuzufügen. Ob die Z.'sche Massagetechnik durch die neue Auflage an Boden gewinnen wird, scheint Ref. mindestens fraglich. **Vulpius**-Heidelberg.

Broca, Froelich, Mouchet, Guisez, Terrien. Chirurgie des Enfants. (1 vol. gr. 8° und 540 pages avec 216 figures. Preis 14 fr. Librairie J. B. Baillière et fils, Paris.)

Der Band gehört zu der Serie „La Pratique des Maladies des Enfants“ des Verlages, von der 5 Bände schon erschienen, 3 weitere in Vorbereitung sind. Das vorliegende Buch beginnt mit einem Vorwort von Broca über die Bedeutung und Begrenzung der reinen Orthopädie inkl. Massage und Gymnastik und blutiger Eingriffe.

Die weiteren Mitarbeiter beschäftigen sich mit der Kinderchirurgie der Verdauungs- und Zirkulationsorgane, der Blase und Geschlechtsorgane, des Ohres, Auges, Kehlkopfes.

Der folgende Band wird wohl für den Orthopäden wichtige Kapitel bringen. **Vulpius**-Heidelberg.

Taschenbuch für Aerzte in Sanatorien und sonstigen Physikalisch-Diätetischen Heilanstalten, herausgegeben von Dr. Erich Kühnelt, Chefarzt des Kurhauses „Altvater“ (Freiwaldau). (Wien 1911. W. Braumüller.)

Das kleine Buch bringt zunächst „Anhaltspunkte über Errichtung, Einrichtung und Führung von Heilanstalten für physik.-diätet. Therapie“. Auch der Orthopäde, der mit einem Sanatorium zu arbeiten hat, wird mit Nutzen die hier gegebenen Winke verwerten.

Der Hauptteil befasst sich mit der physikalischen Therapie der einzelnen Krankheiten, die in gedrängter Kürze, aber sehr übersichtlich und vom Gesichtspunkt der Sanatoriumspraxis aus dargestellt wird.

Zur raschen Orientierung und Rekapitulierung ist das Taschenbuch gewiss Manchem willkommen.

Vulpius-Heidelberg.



1) **Nagamachi.** Ueber einen Fall von Doppelmissbildung. (Kephalo-Thorakopagus.) (Diss. München. 1911.)

Nach einigen allgemeinen Betrachtungen über die Entwicklung und den heutigen Stand der Frage der Genese der Doppelmissbildungen beschreibt N. einen sehr interessanten Fall von Kephalo-Thorakopagus. **Blencke**-Magdeburg.

2) **Arbuthnot Lane.** The principles on which treatment of resting conditions of the skeleton is based. (Lancet. 11 March 1911.)

1886 hat Verf. einen Aufruf erlassen, in dem er bestätigte, dass das Interesse der Aerzte an den Deformitäten sich meist nur auf die Behandlung bezog und die Aetiologie stark vernachlässigte oder im allgemeinen nur eine mechanische Ursache annahm, und aufforderte, Studien über das Entstehen der Deformitäten zu machen. Trotz der überaus zahlreichen Veröffentlichungen auf diesem Gebiete gibt Verf. zu, nur gelernt zu haben, dass die respiratorische Inkapazität, eine ungenügende Oxydation des Blutes, die er früher als primäre Ursache annahm, nur sekundäre Bedeutung habe. Vaughan und Wheeler haben gezeigt, dass die bei Obstipation reichlich vorhandenen Proteine sich in giftige und ungiftige spalten, von denen letztere ein auf die Respiration wirkendes Gift enthalten. Seine Forschungen haben ihn zu dem Resultat geführt, das er bittet nachzuprüfen, dass eine Autointoxikation des Körpers durch intestinale Ursachen in allererster Reihe bei der Entstehung und Verschlimmerung kindlicher Deformitäten verantwortlich zu machen sei. Alle bisher angenommenen Faktoren, Belastungsdeformität, ungleiches Wachstum, ungenügende Zirkulation und Respiration kommen erst als sekundäre Faktoren in Betracht.

Mosenthal-Berlin.

3) **Bowlby.** The formation of bone in periosteum separated by injury. (Lancet March 25. 1911.)

Im Anschluss an 2 Fälle beschreibt B. das Krankheitsbild von isolierten Knochenneubildungen im muskulären Gewebe entstanden durch Trauma. Bevorzugt werden seiner Meinung nach Fälle, bei denen schon Schädigung des Periosts durch akute Osteitis bestanden hat. Nach stumpfen Traumen an Stellen, an denen Muskeln direkt am Periost ansetzen, kommt es häufig zu Blutungen, die die Neubildung von Knochen begünstigen. **Mosenthal**-Berlin.



4) **Gudzent.** Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Diagnose und Therapie der Gicht. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1911. 7.)

Nach des Verf. Ansicht ist die Schwierigkeit der Differential-Diagnose zwischen Gicht und Rheumatismus jetzt zur Zeit durch die Kenntnisse verringert, welche uns die wissenschaftlichen Forschungen der letzten Jahre über das Wesen der Gicht gebracht haben. Da es sich bei der Gicht um den Ausdruck eines gestörten Nukleinsäurestoffwechsels im Organismus handelt, dessen Produkt Harnsäure ist, so enthält das Blut der Gichtkranken dauernd solche, die als Mononatriumurat in demselben vorhanden ist. Die Harnsäurewerte des Urins bieten nach G.'s Untersuchungen in keiner Weise ein verwertbares diagnostisches Symptom für Gicht, und es bleibt deshalb gegenwärtig die Untersuchung des Blutes auf Harnsäure bei vorheriger, mehrtägiger purinfreier Kost der einzig sichere Weg, um in zweifelhaften Fällen die Diagnose zwischen Gicht und den Krankheiten zu ermöglichen, die in ihrem Symptomenkomplex der Gicht ähnlich erscheinen. Aber auch hierbei sind vorher alle Erkrankungen auszuschliessen, bei denen eine Urikaemie angetroffen wird. — G. ist der Meinung, dass es bisher noch nicht gelungen ist, durch längere Zeit hindurch fortgesetzte purinfreie Diät den Harnsäurewert des Blutes in erheblicher Weise herabzusetzen oder gar zu beseitigen, wohl aber ist es ihm gelungen durch eines der Zerfallsprodukte der Radiumemanation und zwar durch Radium D. das Mononatriumurat in sehr viel löslichere Körper umzuwandeln und dann weiter bis zu Kohlensäure und Ammoniak zu zersetzen. Am besten eignet sich hierzu die Einatmung in einem sogenannten „Emanatorium", in einer von der Aussenluft gut abgedichteten Kammer von etwa 10 cbm Inhalt, in der 6—8 Personen drei und mehr Stunden hintereinander ohne Belästigung atmen können. Der in diese Kammer gestellte Apparat liefert die Emanation zum Einatmen und den verbrauchten Sauerstoff, absorbiert die ausgeatmete Kohlensäure, bindet die überschüssige Wärme und kondensiert den übermässigen Wasserdampf. In 24 Fällen von Gicht hat G. vor und nach der Behandlung eine Harnsäureanalyse des Blutes vorgenommen und dabei gefunden, dass in 22 Fällen nach der Behandlung mit Radiumemanation die Harnsäure aus dem Blute verschwunden war. Auch die Tophi wurden offensichtlich kleiner und verschwanden in 2 Fällen ganz, und bei dem grössten Teil der behandelten Gichtiker traten zwar in den ersten 6—14 Tagen der Kur Gichtanfälle auf, oft auch dann, wenn der Patient jahrelang vorher



anfallsfrei war, um aber dann einem subjektiven Gefühl der Erleichterung und Befreiung Platz zu machen, so dass demnach auch klinisch bei Beendigung der Kur eine Aenderung des Zustandes zur Norm konstatiert werden konnte. Bei Gichtkranken mit erheblichen arthritischen Veränderungen wurden natürlich nicht so gute Resultate erzielt, wenn auch in einer Reihe von selbst schwereren Fällen Beseitigung der Schmerzen, Zurückgehen der Anschwellungen in den Gelenken, bessere Beweglichkeit durch Kombination der Emanationsmethodik mit direkten Injektionen von löslichen reinen Radiumsalzen konstatiert werden konnte. Die Radiumtrinkkur erwies sich nicht so wirksam. **Blencke**-Magdeburg.

5) **Macalister.** Rare arthropathy. (Lancet March 9th. March 25th 1911.)

Zwei Fälle, eine Frau und ein 6jähriges Kind mit gleichen Affektionen. Dislokation der Kniee, Fussgelenke ankylosiert, partielle Dislokation in den Handgelenken, Ellbogen und Schultergelenken. Bei der Frau noch Ankylosen der Halswirbel. Beginn mit akuten Fiebersymptomen, die periodisch auftraten und ziemlich plötzliches Entstehen der Dislokationen. Osteoarthritis mit Rarefikation der Knochen und Knorpelschwund. Bei dem Kind eine sclerodermartige Haut. **Mosenthal**-Berlin.

6) **Geddes.** Acromegalic sceleton. (Lancet, 27. Jan. April 1th 1911.)

Beschreibung und Demonstration eines akromegalischen Skeletts eines 25jährigen Mannes. **Mosenthal**-Berlin.

7) **Kenneth W. Goadby.** The association of disease of the mouth with rheumatoid arthritis and certain forms of rheumatism. (The Hunterian Lecture. Lancet March 6th. 1911)

Die ausgiebigen Untersuchungen und Tierversuche G.s zur Feststellung eines spezifischen Mikroorganismus, der für die Arthritis deformans verantwortlich gemacht werden kann und häufig bei Patienten, die gleichzeitig an Zahn- oder Kiefererkrankungen leiden, im Mund vorhanden sein soll, führen augenscheinlich zu einem positiven Ergebnis. Bei ca. 50% Arthritis deformans-Fällen fand sich gleichzeitig Alveolarpyorrhoe. Bei gewissen Arten von Kiefer- oder Zahnerkrankungen mit oder ohne Eiter fand G. einen ganz bestimmten Bacillus, der Versuchstieren inokuliert eine typische Gelenkerkrankung hervorbrachte, die der Arthritis deformans aufs Haar glich. Die Behandlung der experimentell mit dem



streptococcusähnlichen Bacillus erzeugten Arthritis, der von Fällen von typischer rareficierender Ostitis der Alveolarfortsätze gewonnen war, bestand in Applikation von autogener Vaccine, präpariert aus diesem Bacillus, und besserte oder heilte die Gelenkerkrankung in allen Fällen. Andere Bakterien, bei dieser oder bei anderen endoralen Erkrankungen gefunden, bei Versuchstieren in oder am Kniegelenk injiziert, ergaben ganz andere Krankheitsbilder, sodass G. wenigstens für einen Teil der Arthritis deformans, bei der gleichzeitig die Alveolarpyorrhoe besteht oder bestand, den diese Erkrankung hervorrufenden Streptobacillus auch für die Arthritis als aetiologischen Faktor annimmt.

Mosenthal-Berlin.

8) **Heimann.** Ein Beitrag zur Lehre von der Knochenplastik. (Diss. Breslau. 1910.)

H. befasst sich zunächst mit dem Begriff der Knochentransplantation und geht dann auf die einzelnen Verfahren bei Vornahme derselben näher ein, führt hierbei die wichtigsten Fälle von den zahlreichen in der Literatur veröffentlichten auf und bringt als einen weiteren Beitrag zur Frage der Transplantation von lebendem, periostgedeckten Knochen aus demselben Individuum einen Fall aus dem Knappschaftslazarett in Zabrze, bei dem wegen eines Sarkoms der Ulna der Knochendefekt durch ein 13 cm langes und 1½ cm breites Stück aus der Tibia gedeckt wurde. Die 1½ Jahre später vorgenommene Nachuntersuchung ergab eine reaktionslose Einheilung des Periostknochenstückes und eine verhältnismässig gute Bewegung des operierten Armes. Eine knöcherne Konsolidation hatte zwar stattgefunden, jedoch nicht an der eigentlich beabsichtigten Stelle; denn am proximalen Ende des Ersatzstückes war eine Pseudarthrose vorhanden. Am unteren Ende des Ersatzstückes hatte sich eine Gelenkfläche gebildet.

Blencke-Magdeburg.

9) **Hayasni.** Die Dauerheilungen bei Sarkomen der langen Röhrenknochen mit Amputationen, Exartikulationen und Resektionen. (Diss. München. 1910.)

H. berichtet ausführlich über die während der letzten 20 Jahre in der chirurgischen Klinik der Universität München zur Beobachtung und zur Operation (Amputation, Exartikulation, Resektion) gelangten Fälle von Sarkomen der langen Röhrenknochen. Es handelt sich um 49 Fälle, und zwar wurde dreimal die Resektion ausgeführt, 29 mal die Amputation und 18 mal die Exartikulation.

Blencke-Magdeburg.



10) **Bergel** (Hohensalza). Zur Callusbildung durch Fibrin. (Arch. f. klin. Chir. 95. Bd. S. 16.)

Die Abhandlung richtet sich gegen Pochhammer, speziell gegen dessen Arbeit im 94. Bande dieses Archivs. B. betont P. gegenüber, dass er selbst als erster schon im Jahre 1909 den exakten experimentellen Nachweis gebracht habe, dass unter den Bestandteilen des Blutes das Fibrin die Wundheilungsvorgänge im allgemeinen auslöst und insbesondere das Periost zur Callusbildung anregt. Er führt aus, dass er durch umfassende experimentelle Untersuchungen zu der Erkenntnis der Rolle des Fibrins bei der Wundheilung und Callusbildung gekommen sei, dass er aus dieser Erkenntnis die Konsequenzen für die Praxis gezogen habe und zur subperiostalen Injektion ein Fibrinpräparat habe herstellen lassen, das nach ausgiebiger experimenteller Prüfung mehrfach mit Erfolg angewandt wurde. B. widerlegt die von P. gegen die Fibrineinspritzung erhobenen Einwendungen, dass einerseits die erzielten Callusbildungen zu gering, andrerseits die Gefahren der Einspritzung artfremden Fibrins zu gross seien. Er betont die Einfachheit in der Anwendung und den guten Erfolg seiner Methode, die lediglich die Nachahmung und Unterstützung natürlicher biologischer Verhältnisse sei. Wenn nämlich die ursprüngliche Fibrinwirkung nach dem Knochenbruche keinen genügenden Reiz für das Periost abgebe, so sei man gezwungen, diesen Reiz zu steigern, und dieses Ziel erreiche man durch die Fibrininjektion. Dabei ist es nach B.'s Meinung gleichgültig, ob das Fibrin unter das Periost eingebracht (P.'s Methode) oder eingespritzt werde. Zum Schluss bringt Verf. noch die Krankengeschichte eines weiteren Falles von nicht konsolidiertem Knochenbruch, bei dem durch 2 Fibrininjektionen rasche und gute Heilung erzielt wurde, während die auf die Injektion erfolgenden Reaktionserscheinungen unbedeutend waren.

Stoffel-Heidelberg.

11) **Pochhammer** (Berlin). Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Bergel: Zur Callusbildung durch Fibrin. (Arch. f. klin. Chir. 95. Bd., S. 23.)

P. weist den Streit um die Prioritätsfrage ab, da einerseits seine eigenen Untersuchungen in erster Linie die rein wissenschaftlichen Fragen der Beteiligung des Bindegewebes bei der Callusbildung beträfen, also auf einer ganz anderen Basis beruhten als B.'s Untersuchungen, und da andererseits die Bedeutung des Fibrins bei der Wundheilung schon längst bekannt ist, da sie ja



einen wohlfundierten Teil unserer pathologisch-histologischen Erkenntnislehre bildet. Nach P.'s Ansicht hat B. nichts anderes getan, als artfremdes Fibrin in pulverförmigem trockenem Zustande fabrikmässig herstellen zu lassen und Tieren bezw. Menschen subkutan, intraperitoneal und schliesslich subperiostal einzuspritzen. Bakterienhemmende und allgemein heilende Eigenschaften habe B. dem Fibrin mit Unrecht zugesprochen. Die erzielte Callusbildung beruhe bei B.'s Verfahren nicht auf spezifischer Fibrinwirkung, sondern entspreche der Reaktion auf jede subperiostale Einlagerung irgendeiner reizenden Substanz. Zudem sei bei der Art der B.'schen Experimente — perkutane Injektion unter das Periost mit ziemlich weiten Kanälen — nicht zu übersehen, ob die erzielte Knochenbildung nicht lediglich durch die Abhebelung und Verletzung des Periosts und durch eventuelle Blutergüsse aus den perforierten Gewebsschichten hervorgerufen wurde. Verf. habe zudem erst am Ende seiner mehrjährigen Untersuchungen von B.'s Untersuchungen Kenntnis erhalten, sei also unbeeinflusst durch B. auf die Bedeutung der faserstoffbildenden Bestandteile des Blutes für die Callusbildung gekommen. Die vom Verf. angegebene Einbringung frischer Blutgerinnsel unter das Periost und in die Umgebung der Bruchstelle sei die Nachahmung eines Vorganges, der sich nach Eintritt eines jeden frischen Knochenbruches abspiele. Das operative Vorgehen sei wegen der Uebersichtlichkeit und der sicheren Verhältnisse der unsicheren und schmerzhaften Einspritzung zumal artfremden Fibrins vorzuziehen.

Stoffel-Heidelberg.

12) **Maass.** Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1911. 8.)

Neues bringt die Arbeit, die ja auch in erster Linie den praktischen Arzt über den augenblicklichen Stand der diesbezüglichen Frage unterrichten soll, für den orthopädischen Chirurgen nicht. — M. ist der Ansicht, dass für die Mehrzahl der Kinder auch bei multiplen tub. Erkrankungen die Eliminierung eines resp. mehrerer Erkrankungsherde einen unzweifelhaften Vorteil bedeutet, da sie die fortschreitende regionäre Infektion verhütet, die toxische Resorption verringert und zum mindesten die Ausheilung auch der verbleibenden tuberkulösen Herde des durchseuchten Organismus begünstigt.

Blencke-Magdeburg.

13) **Bätzner** (Berlin). Zur Trypsinbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. (Arch. f. klin. Chir. 95. Bd., S. 89.)

Nach einem einleitenden historischen Ueberblick über die Untersuchungen des Verf. und Jochmanns über die Einwirkung



tryptischer Fermentlösungen auf örtliche chirurgische Tuberkulosen bespricht B. die Wirksamkeit und Haltbarkeit der jetzt fabrikmässig hergestellten Trypsinpräparate. Darnach ist das Trypsin-Fairchild (zu beziehen durch Linkenheil u. Co., Berlin W 35, Genthiner Str. 19) das zweckmässigste und beste. Sodann berichtet Verf. eingehend über die klinische Wirkung und die klinischen Erscheinungen, die histologischen Vorgänge, die Wirkung auf die Bazillen und die Technik der Trypsinbehandlung.

Klinisch findet unter der Fermentzufuhr eine heftige energische Reaktion im Krankheitsherd statt, welche unter den heilsamen Wirkungen der Hyperaemie, zelligen Infiltration und Zellproliferation zu einer Umbildung der Beschaffenheit und Struktur der Gewebe zu einem Absterben fungöser Massen führt, ohne dass die Lebenseigenschaften der gesunden Teile in irgendeiner Weise gestört werden. Schliesslich kommt es zur Ausheilung mit Narbenbildung. Stürmischere Reaktionen, heftige entzündliche Symptome treten in einzelnen Fällen auf und klingen in wenigen Tagen ab. Der Inhalt der Abscesse wird nach den Injektionen an Beschaffenheit und Farbe geändert, er wird dünnflüssiger, rötlichbraun, sirupös fadenziehend, später fleischsaftartig, mehr und mehr serös. Das Allgemeinbefinden, das Aussehen, der Kräftezustand des Patienten wird zugleich auffallend gebessert.

Die histologischen und mikroskopischen Befunde an mit Trypsin behandelten Tuberkulosen stimmen mit den klinischen überein.

Die Wirkung des Trypsins auf die Tuberkelbazillen ist nur eine mittelbare, keine speziell wachstumshemmende.

In der Technik der Behandlung gilt das Punktions- und Injektionsverfahren. Die Punktion geschieht unter Chloraethylanästhesie in üblicher Weise. Injiziert werden 1—2 ccm. Das Fairchildsche Präparat wird wegen der hohen Konzentration des Glyzerins mit steriler Kochsalzlösung 10fach verdünnt. Was die Zahl der Injektionen betrifft, so genügen bisweilen 2—3; doch richtet sie sich nach den einzelnen Fällen. Fisteln werden parenchymatös umspritzt. Bei Sehnenscheidenhygromen beginnt man, um die bisweilen auftretenden stürmischeren Reaktionen zu vermeiden, mit ganz kleinen Dosen von 0,2—0,5 ccm und verwendet erst später grössere Mengen. Bei flachen Geschwüren und Fisteln kann man schliesslich Fairchilds Trypsinpulver trocken aufstreuen und mit sterilem Gazeverband bedecken. Bei den Gelenken werden 1—2 ccm Trypsin in 6—8-tägigem Turnus parenchymatös eingespritzt, dabei teils auch in die



Gelenke selbst injiziert; die Injektionsstellen sind zwecks genügender Ausbreitung des Trypsins stets zu wechseln.

Die Erfolge der Therapie sind bei den bisher behandelten Fällen gut. Verf. sah auch bei 5 schweren Gelenktuberkulosen trotz ungünstiger Verhältnisse (ambulante Behandlung, sehr schwere Fälle) heilende Wirkung. Es zeigte sich, dass schwere Knochen- und Gelenktuberkulosen allein mittels Trypsin ohne weitere Behandlung geheilt werden können mit Regeneration zerstörter Knochen und mit teilweiser Funktion der Gelenke. Die Krankengeschichten der fünf oben genannten Fälle, die Verf. bringt, erläutern uns mit ihren Abbildungen und Röntgenbildern anschaulich das vom Verf. Ausgeführte.

B. zieht aus seinen Erfahrungen den Schluss, mit dem auch andere Autoren übereinstimmen, dass die Trypsintherapie bei tuberkulösen Weichteil- und Senkungsabscessen, eitrig-fistulösen Lymphdrüsen, tuberkulösen Weichteilgeschwüren, Fisteln, Sehnenscheidenhygromen und Gelenk- und Knochentuberkulosen gute Erfolge gezeitigt hat, dass sie daher als Methode der Wahl empfohlen werden darf, speziell in dem bisher der Jodoformglyzerinbehandlung gehörigen Gebiete.

Stoffel-Heidelberg.

14) **Jochmann.** Ueber die Behandlung der örtlichen chirurgischen Tuberkulose mit Trypsin. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1911. 3.)

Auf Grund seiner nunmehr dreijährigen Erfahrungen empfiehlt J. die Trypsinbehandlung als besonders geeignet für kalte Abszesse, tuberkulöse Fisteln, vereiterte tuberkulöse Lymphdrüsen, tuberkulöse Weichteilgeschwüre und Sehnenscheidenhygrome und für Gelenktuberkulose, hauptsächlich für die fistulöseitrige Synovialtuberkulose Durch die öfter zu wiederholenden Injektionen von 1—2 ccm einer Trypsinlösung wurde nicht nur käsiger Eiter zur Resorption gebracht, sondern es wurden auch die torpiden schwammigen Granulationen insofern günstig beeinflusst, als sie ebenfalls verdaut wurden und an ihre Stelle gesunde lebensfrische Granulationen traten, die die Heilung anbahnten. Gewöhnlich wurden durch die Injektionen keinerlei lokale oder allgemeine Reizerscheinungen hervorgerufen, desgleichen auch keine Schmerzen. Nur in einigen wenigen Fällen wurde eine stärkere lokale und allgemeine Reaktion beobachtet, die mitunter so stark war, dass ganz das Bild einer phlegmonösen Entzündung vorgetäuscht wurde. Nach 2—3 Tagen waren aber alle diese Erscheinungen wieder verschwunden.



J. empfiehlt diese Behandlungsmethode aufs wärmste, zumal da auch von anderen Autoren bereits über ebenso günstige Resultate berichtet worden ist. **Blencke-Magdeburg.**

15) **Speck.** Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Trypsin. (Diss. Giessen. 1911.)

Die vielen Erfolge, die in der chirurgischen Poliklinik zu Giessen bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Trypsin erzielt wurden, waren derart auffällig, dass Sp. sich für berechtigt hielt, deren Behandlung mit tryptischen Fermenten als aussichtsreich zu bezeichnen. Mit dem Trypsinferment wurden Senkungsabszesse, parnartikuläre Eiterungen, Knochentuberkulosen, Spina ventosa, verkäste und feste Lymphome, Weichteilabszesse, Sehnenscheidenhygrome und auch Ganglien behandelt. Eine schädliche Wirkung der Einspritzung mit Trypsin hat sich nicht gezeigt, nur trat mehrmals als einzige, über den lokalen Herd hinausgehende Reaktion ein mehr oder weniger schmerzloses Oedem in der Umgebung der erkrankten Stellen auf, das jedoch sehr bald zurückging. In einzelnen Fällen, in denen es sehr ausgedehnt war, blieb das Oedem einige Wochen bestehen. Erscheinungen, die als Anaphylaxie oder als Arzneiexanthem zu deuten wären, wurden nicht beobachtet. In den wenigen stationären Fällen, deren Temperatur regelmässig gemessen wurde, trat kein Fieber auf. Die Einspritzungen in geschlossene Abszesshöhlen riefen gewöhnlich einen leichten $^1/_2$—1 Stunde anhaltenden Schmerz hervor. Sehr schmerzhaft waren dagegen die Injektionen in nicht erweichte tuberkulöse Lymphome.

Blencke-Magdeburg.

16) **Dreyer** (Breslau). Zur Technik der Sehnennähte. Erwiderung auf den gleichlautenden Artikel von v. Frisch. Assistenten der I. chirurg. Universitätsklinik in Wien. (Arch. f. klin. Chir. 95. Bd. S. 242.)

D. widerlegt die einzelnen Angriffe F.'s: Die Langesche Naht resp. deren Modifikation von v. F. habe er nicht erwähnt, da er überhaupt keine Aufzählung und Nennung der verschiedenen Nahtmethoden brachte. Ohne sich auf eine bestimmte Fadenführung zu versteifen, hält er seine und die oben genannten Methoden für leistungsfähig. D. hält seine Veröffentlichung über sofortige Bewegungsaufnahme nach Sehnennaht trotz der Arbeit von v. F. vom Jahre 1909 für berechtigt, da in v. F.'s Arbeit nur unbestimmte Angaben über baldigen Beginn der Nachbehandlung ohne genauere

Zeitangaben enthalten waren. D. ist der Meinung, dass sein Vorschlag, dem Glied nach der Sehnennaht eine Mittelstellung zu geben, durch den als Gegenbeweis von v. F. angeführten einen Fall nicht widerlegt wird, zumal hier das Glied nicht in Mittelstellung, sondern in Ueberkorrektur gebracht worden sei. Die Meinung v. F.'s, dass D. seine Nahtmethode für die einzig gute halte, widerlegt Verf. durch Anführen des betreffenden Passus aus seiner eigenen Arbeit.

Stoffel-Heidelberg.

17) **Rummant.** Ueber die ischämischen Kontrakturen und die Erfolge ihrer Behandlung. (Diss. Breslau. 1911.)

R. bekennt sich zu der Ansicht, dass die ischämischen Kontrakturen ihrer Entstehung nach als rein muskuläre aufzufassen sind, da sie einen Folgezustand der durch die Verletzung bedingten Muskelentzündung darstellen und von der Nervenläsion unabhängig sind. Klinisch haben wir es aber seiner Meinung nach meistens nicht mit einer rein muskulären Affektion zu tun, da zum typischen klinischen Bilde ausser der Kontraktur noch Erscheinungen von Seiten der Nerven gehören, welche aber nur eine Begleiterscheinung der Kontraktur darstellen. — R. konnte 138 Fälle aus der ihm zugänglichen Literatur zusammenstellen, denen er noch drei weitere ausführliche Krankengeschichten von derartigen Fällen anreihen konnte, die operativ behandelt wurden. In ca. 70 % der Fälle handelte es sich um Kinder bis zu 10 Jahren. Eine wichtige Rolle spielen in der Aetiologie die Frakturen und besonders diejenigen des Humerus und des Vorderarms. Die obere Extremität ist überhaupt viel häufiger beteiligt als die untere, weil bei dieser die grossen Gefässe und Nerven tiefer zwischen der Muskulatur liegen und deshalb nicht so stark komprimiert werden können. — In 88 % der Fälle entstanden die Kontrakturen durch zu fest angelegte Verbände, unter denen die Schienenverbände der Häufigkeit nach den ersten Platz einnahmen; etwas seltener, aber immer noch häufig genug waren Gipsverbände als die Ursache anzuschuldigen. Die Fälle, in denen eine ischämische Kontraktur entstand, ohne dass ein Verband angelegt worden war, sind selten; es waren dann Fälle, in denen es sich um eine Gefässzerreissung handelte, um eine Kompression der Weichteile durch den Bluterguss oder um eine Kompression der Gefässe durch die Knochenfragmente bezw. durch Callus- oder Narbengewebe.

Betreffs der Therapie muss nach des Verf. Ansicht in jedem einzelnen Falle überlegt werden, welche Methode am Platze ist. Wenn er auch im allgemeinen den operativen Verfahren den Vor-



zug eingeräumt wissen möchte, so dürfte es sich trotzdem empfehlen, in nicht allzu schweren Fällen zuerst mit der unblutigen Behandlung einen Versuch zu machen, um so mehr, als alle operativen Eingriffe eine Nachbehandlung mit Massage, Elektrizität und Uebungen erfordern.
Blencke-Magdeburg.

18) **Zimmermann, Clara.** Klinische Untersuchungen über intrauterine Belastungs-Deformitäten am Kopf von Schädellagen-Kindern. — (Diss. Freiburg. 1910.)

Verf. fand bei 245 untersuchten Schädellagenkindern keinen einzigen Fall von Caput obstipum; jedoch kamen die andern Ausdrucksformen einer intrauterinen Belastung, die Scoliosis capitis und vor allen Dingen Ohr- und Nasendeformitäten in so überraschend grosser Zahl vor, dass sich der Verf. die Ueberzeugung aufdrängt, dass auch im unteren Uterinsegment sich Platz für eine Lateralflexion des Kopfes finde. Unter den 245 Fällen fand Verf. bei 100 Kindern Deformitäten am Schädel d. h. also in 41 %. Zur Illustrierung der einzelnen Belastungsdeformitäten werden einige besonders typische Fälle näher beschrieben. Das Hauptergebnis der Untersuchungen fasst Z. in zwei Sätze zusammen:

1. Auch bei Schädellage besteht eine wenn auch im Vergleich zur Steisslage geringere Disposition für die Entstehung von Belastungsdeformitäten am Kopf.

2. Durch den Nachweis, dass Deformitäten am Kopfe Neugeborener vorkommen, ist die von Völker aufgestellte Hypothese, es möchte sich beim Caput obstipum sowie bei Schädeldeformitäten um eine intrauterine Belastungsdeformität handeln, nunmehr bewiesen.
Blencke-Magdeburg.

19) **Ideler.** Ein Fall von Spondylitis tuberculosa mit Senkungsabscess und Durchbruch in den Bronchialbaum. (Diss. Greifswald. 1911.)

I. schickt zunächst einige Bemerkungen über die Entwicklung der Lehre von der Spondylitis, über die Aetiologie und pathologische Anatomie der Wirbeltuberkulose, über ihre Diagnose, Prognose und Therapie im allgemeinen voraus, wobei er sich hauptsächlich an die Wullstein'schen Ausführungen hält, um dann im Anschluss hieran den von ihm beobachteten Fall und die ihm in der Literatur zugänglich gewesenen analogen Fälle folgen zu lassen. Es sind im ganzen 5 Fälle, bei denen eine Kommunikation eines Kongestionsabscesses mit der Pleurahöhle resp. einem Bronchus vorhanden war.
Blencke-Magdeburg.



20) **A. Mackenzie Forbes.** Things new and old. (Montreal med. Journal XXXIX.)

Das Depot der Lendenwirbelsäule und der Artic. sacro. iliaca sollen die iliakalen und inguinalen Lymphdrüsen sein; die zum Hüftgelenk gehörigen tiefen inguinalen Drüsen führen sekundär eine Schwellung der oberflächlichen herbei. Da der umgekehrte Weg unwahrscheinlich sei, so soll dieser Manifestation eines tuberkulösen Prozesses differentialdiagnostische Bedeutung zukommen.

Landwehr-Heidelberg.

21) **Gundlach.** Ueber kongenitale Pektoralisdefekte und ihre Entstehung. (Diss. Breslau. 1910.)

Verf. bespricht zunächst das Krankheitsbild der Pektoralisdefekte, sodann die Begleitmissbildungen derselben. die Pathogenese und Aetiologie, um schliesslich auf Grund dieser seiner Ausführungen zu folgenden Schlussätzen zu kommen:

Der angeborene Pektoralisdefekt kommt nicht so selten vor als man früher angenommen hat. Fast immer handelt es sich um einen Defekt der Sternokostalportion mit oder ohne Beteiligung der benachbarten Muskelportionen. Der Defekt ist fast ausnahmslos einseitig. Beide Körperseiten sind fast gleich oft befallen. Hereditäre Momente spielen bei diesen Defekten keine Rolle. Das männliche Geschlecht ist bedeutend häufiger befallen als das weibliche. Im Bereich des Defektes fehlt die elektrische Erregbarkeit. Die übriggebliebenen Muskelportionen reagieren stets normal. Die Sensibilität ist normal. Kontrakturen und fibrilläre Zuckungen sind nicht vorhanden. Der Defekt selbst verursacht keine Beeinträchtigung der Funktion. Funktionsstörungen sind nur durch Begleitmissbildungen bedingt. Als charakteristische Begleiterscheinungen des Defektes sind aufzufassen: Störungen am Integument, Flughautbildung, Rippendefekt, Anomalien des Sternums und der Clavicula, Verkürzung und Atrophie des Armes und der Hand. Der kongenitale Pektoralisdefekt steht mit einem dystrophischen Prozess in keinem Zusammenhang. Kernschwund in den Vorderhörnern des Rückenmarks und fötale Erkrankungen liegen nicht vor. Der angeborene Pektoralisdefekt und seine Begleiterscheinungen sind als Missbildungen aufzufassen.

Der Pektoralis-, Rippen- und Sternumdefekt kommt in der zweiten Hälfte des 2. Embryonalmonats durch Druck des an die vordere Brustwand gepressten kindlichen Schädels und Armes zustande. Die Störungen am Integument und der Mammadefekt wer-



den durch andauernden am Ende des 2. Embryonalmonats wirkenden Druck verursacht. Die Flughautbildung kommt bei stark an die Thoraxwand gepresstem Oberarm durch Ausbleiben der Einsenkung der Haut zwischen Oberarm und Thorax zustande. Die Handmissbildungen entstehen zwischen der 5. und 9. Embryonalwoche. Die Druckwirkung ist als Folge einer Raumbeengung in der Amnionhöhle anzusehen. Der Pektoralisdefekt mit seinen Begleitmissbildungen ist nur als ein Glied in der langen Kette der durch Druck verursachten Missbildungen anzusehen. Der Grad und die Art der Missbildungen ist abhängig lediglich von der Zeit und Intensität der Einwirkung. Die temporäre Raumbeengung in der Amnionhöhle wird durch interkurrente den Uterus oder sein Inneres auf vaginalem Wege treffende Schädigungen hervorgerufen. Die beabsichtigten oder zufälligen Schädigungen treffen die Frucht im Laufe des 2. Schwangerschaftsmonats.

22) **Fürbringer**: Zur Würdigung der Quinquaudschen Fingerkrepitation. (Deut. Med. Woch. No. 44. 1910.)

F. lenkt von neuem die Aufmerksamkeit auf diese noch unerkannte Eigentümlichkeit, von der es noch strittig ist, ob sie als pathologische oder physiologische Erscheinung angesehen werden soll. Er prüft die zahlreichen auf grosses Material gestützten Beobachtungen und Auffassungen verschiedener Autoren und kommt zu dem Schluss, dass die Krepitation zwar nicht als Zeichen des Alkoholismus zu betrachten sei, wie manche behaupten, dass es aber wohl wahrscheinlich in einem ursächlichen Zusammenhang zum Potatorium stehe. Inwieweit Beziehungen zur Tabes bestehen, ist noch nicht endgiltig geklärt. Anatomische Grundlagen für das Phänomen hat man bisher nicht nachweisen können, weder an den Phalangengelenken noch an den Sehnen waren Veränderungen zu finden. Die Herzsche Auffassung, dass es ein Sehnenphänomen sei, das bei der Beugung der Finger, also bei Entspannung der Sehne nachlasse und bei der mit Spannung verbundenen Streckung zunehme, dass es also eine Reibung innerhalb der Sehnenscheiden sein könne, lehnen F. und andere ab, die die Erscheinung unabhängig vom Spannungszustand der Sehne gefunden haben und andererseits bei pathologischen Prozessen, die mit Verengerung der Scheiden einhergehen, wie Dupuytrenscher Kontraktur, die Krepitation nicht beobachten konnten. Als örtliches Maximum der Krepitation fand F. durch Auskultation und Palpation die Phalangengelenkgegend, er verlegt deshalb auch hierhin die Entstehung des Geräusches.

Hohmann-München.



23) **Ledderhose** (Strassburg). Ueber Arthritis deformans coxae. (Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1910, 10—11.)

Im Anfangsstadium steht die Auffaserung des Knorpels mit ausgedehnter Proliferation der Knorpelzellen bei nur geringen Veränderungen an der Gelenkkapsel im Vordergrund; diese treten erst später auf. Die Arthritis deformans coxae ist eine der häufigsten Gewerbe- bezw. Berufs- und Alterserkrankungen. Die nach Gelenkfrakturen auftretenden Veränderungen sind nicht ohne weiteres der spontan auftretenden Arthritis deformans gleichzustellen, ebenso ist nicht ein einfaches Trauma ohne Knochenverletzung als ätiologisches Moment für die A. d. aufzufassen, sie kann dagegen nach einem Unfall manifest werden, da die veränderte Lebensweise (Bettruhe) dann die vorher bestandene Anpassung an die Erkrankung aufhebt.

Als erstes Symptom der A. d. tritt die beschränkte Innenrotation bei dem horizontal mit gestrecktem Bein daliegenden Patienten auf. Weiter sei dann neben den Schmerzen die Muskelatrophie, Krepitation, Formveränderung der Knochen und die abnorme Gangart erwähnt. Mit Rücksicht auf den progredienten Charakter und die häufig dabei bestehenden Krankheitserscheinungen führt sie in vielen Fällen zur Invalidität, wenngleich bei nicht zu starken Schmerzen noch lange gearbeitet werden kann.

Therapeutisch empfiehlt L. Salzbäder und Entlastung des Beins durch Gebrauch eines Stockes. **Meyer**-Lübeck.

24) **Wieler.** Ueber die Injektionstherapie der Ischias. (Diss. Strassburg. 1910.)

W. bespricht in seiner Arbeit alle diejenigen therapeutischen Massnahmen, die man als Injektionstherapie bezeichnet, und zwar beginnt er mit den von altersher schon bekannten subkutanen Injektionen, um dann die von Lange eingeführten perineuralen und schliesslich die von Cathelin und Sicard empfohlenen epiduralen Injektionen zum Gegenstand seiner Betrachtung zu machen. Die Frage, welcher von den drei Methoden man den Vorzug geben soll, ist nach W.'s Ansicht nicht leicht zu beantworten. Die subkutanen Injektionen sind wohl heute so gut wie verlassen, und die beiden andern Methoden kommen sich ihrem Werte nach ziemlich gleich. Die Technik ist bei beiden keine allzu schwierige, nur bei sehr korpulenten Leuten bietet die epidurale Injektion manchmal Schwierigkeiten. Am Schluss seiner Arbeit berichtet dann W. über 18 Fälle, die mit perineuralen Injektionen behandelt wurden, und über fünf, bei denen epidurale Injektionen ausgeführt wurden.

Blencke-Magdeburg.



25) **C. Ducroquet** et **Victor Veau.** Les déviations du genou dans la tumeur blanche de cette articulation. Causes, Prophylaxie. (Archives de méd. des enfants, 1911. Nr. 4, S. 242.)

Die Tuberkulose des Kniegelenkes führt zu einer winkeligen Ankylosierung desselben, die entweder einfach sein kann oder in Verbindung mit einem genu valgum und Auswärtsdrehung des betreffenden Fusses. Was hervorgehoben werden muss, ist, dass diese Difformitäten sich nicht nur da entwickeln, wo der Kranke seinen Fuss nicht gebraucht, sondern wenn er denselben benützt. Unbehandelte oder schlecht behandelte Fälle endigen immer mit bedeutenden Difformitäten, welche direkt aus der Mechanik der Gehbewegungen erklärt werden können. Um denselben entgegenarbeiten zu können, muss ein Fixationsverband angelegt werden, am besten Gips, welchen der Arzt selbst ausführen kann und welcher den Stützpunkt oben am Becken (Ischium, grosser Trochanter) und unten an der hinteren Seite des Kalkaneus und am äusseren Knöchel haben muss. Die Dauer, während welcher der Apparat getragen werden muss, hängt von der Form der Tuberkulose ab. So lange Schmerzen bestehen, muss der Kranke das Bett hüten, und das Gehen kann erst nach 6—12 Monaten erlaubt werden und auch dann nur mit einem gutsitzenden Verbande, welchen man überwachen muss. Nach einem weiteren Jahre kann man den Immobilisierungsapparat durch einen artikulierten ersetzen, durch welchen die Beugung begrenzt werden muss. Zu grosse Beugungen können die Veranlassung zu schmerzhaften Distorsionen sein und die definitive Heilung verzögern. In progressiver Weise kann der Beugungsgrad vergrössert werden. Es ist von Vorteil, den Apparat derart einzurichten, dass der Kranke denselben nach Belieben, sowie er sich ermüdet fühlt, immobilisieren kann.

Nach einer durchschnittlich $1^1/_2$—2 jährigen Behandlung können folgende Resultate erzielt werden:

a) Der Kranke hat Beugebewegungen, die bis zu 10° reichen. In diesem Falle ist der Gang ein vorzüglicher und auch die entferntere Prognose ist eine gute, da Verbiegungen des Gelenkes, namentlich bei einiger Vorsicht, nicht zu fürchten sind.

b) Der Kranke hat eine vollständige Ankylose. In diesem Falle ist ein guter Gang nur möglich, falls das betreffende Bein verkürzt ist. Sonst muss eine orthopädische Verkürzung ausgeführt werden. Geringere Bewegungen als bis zu 10° müssen orthopädisch resp. chirurgisch behandelt werden.

E. Toff-Braila.



Kongress- und Vereinsnachrichten.

26) **Joachimsthal.** Gesellschaft der Charitéärzte Berlin 2. III. 11. (Ref. Berliner klin. Wochenschrift Nr. 15. 1911.)

Cystische Erkrankung des Skeletts. 3 Fälle in jugendlichem Alter mit Verbiegungen der unteren Extremitäten und Durchsetzung der Ober- und Unterschenkelknochen mit dunkleren und helleren Partien, Höhlenbildung. In einem Fall eine grosse lange Fissur des Oberschenkels, in einem anderen Fall zahlreiche Abknickungen und Verkürzungen, offenbar Ostitis fibrosa (Recklinghausen) Diskussion: Davidsohn: bei einer 60jährigen Dame, die ad exitum kam, waren die Extremitätenknochen von cystisch erweichten Herden durchsetzt, das Mark in fibröses Gewebe verwandelt. Auch periostale Wucherungen und Callusbildung, wiederholte Frakturen. **Hohmann**-München.

27) **Hartmann.** Mediz. Gesellsch. Leipzig 21. II. 11. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 17, 1911.)

Osteopsathyrosis 2 Fälle, Geschwister, hereditär nichts bekannt. Das ältere, Mädchen von 21 Jahren, keine Rachitis, im Alter von 1½ Jahren erster Knochenbruch am Oberschenkel. Kurze Zeit darauf wieder ein Oberschenkelbruch beim Laufen, ein dritter Bruch im 6. Jahr am Unterschenkel, bis zum 8. Jahr noch zwei Unterschenkelbrüche, im 18. Jahr beim Gehen ohne Veranlassung Oberschenkelbruch, mit 21 Jahren Bruch des anderen Oberschenkels. In den letzten 8 Jahren ist Patient um 6 cm. kleiner geworden. Sehr dickes Mädchen mit schlanken oberen und verkrümmten unteren Extremitäten, Femora nach aussen konvex, Tibiae nach vorn gekrümmt und Säbelscheidenform sonstige rachitische Zeichen fehlen. Bruder, 19 Jahre alt, lernte zur rechten Zeit laufen, brach mit 11 Jahren den Oberarm, mit 15 den Oberschenkel, musste 2 Jahre im Krankenhaus bleiben, weil er, sobald er zu laufen versuchte, den rechten Oberschenkel 4mal, den linken 6mal, den linken äusseren Knöchel und das rechte Schulterblatt je einmal brach. 2 Jahre später brach beim Umdrehen im Stehen der rechte Oberschenkel, er stürzte hin und brach auch den linken Oberschenkel. Sehr langsame Konsolidation, dann noch 3 Oberschenkelbrüche. Obere Extremitäten schlank, untere verkrümmt, Trochanteren wie bei der Schwester oberhalb der Roser-Nélatonschen Linie. Beträchtlicher Schwund der Knochensubstanz im Röntgenbild, Corticalis papierdünn, Spongiosa sehr durchsichtig. Obere Extremitäten keine Abweichungen. Bei beiden Patienten keine Schilddrüse zu fühlen. Gegen Rachitis spricht das normale Verhalten der Epiphysenlinien. — Bahrdt berichtet über häufige Knochenbrüche bei einem Knaben, der wie sein jüngerer Bruder an progressiver Muskeldystrophie litt. Erste Fraktur im 3. Lebensjahr, Muskeldystrophie erst im 8. erkennbar. Marchand legt die Präparate des Looserschen Falles vor und den amputierten Unterschenkel eines 14jährig. Knaben, der sich von dem Looserschen Fall durch sehr starke Wucherung der Zwischenknorpelscheibe unterschied und als Spätrachitis aufgefasst wurde. **Hohmann**-München.

28) **Kienböck** und **Willner.** K. K. Gesellschaft der Aerzte, Wien 5. V. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 22, 1911.)

Osteopsathyrosis idiopathica. 2½jähr. Mädchen hat 1 Dutzend Frakturen der Oberarme und Oberschenkel erlitten. Abnorme Schlankheit der Knochen im Röntgenbild mit Osteoporose. Auch bei Kindern mit Osteogenesis imperfecta kommen Spontanfrakturen vor. **Hohmann**-München.



29) **L. Pick.** Berliner med. Gesellschaft 22. III. 11. (Ref. Berl. klin. Woch. Nr. 14, 1911.).

Marantische Knochenatrophie beim Menschen und Kalkmetastase. 35jähr. Frau, 6 Jahre lang an chron. Gelenkrheumatismus erkrankt, die 2 letzten Jahre bettlägrig, zeigte das Bild allgemeinen Knochenschwundes. Exitus. Sektion: Kontrakturen der grossen Gelenke, Lendenlordose, Dorsalskoliose, an allen Gelenken ausgedehnte Zerstörungen, vollkommener Schwund der Kompakta der Röhrenknochen (nur millimeterdicke Schale), Umwandlung des Fettmarkes in lymphoides rotes Mark. Kautschukartig biegsame Knochen. Kurze Knochen porotisch, spröde; die Kyphoskoliose wahrscheinlich durch ungleichmässige Atrophie der Wirbelkörper. Entweder marantische oder trophoneurotische Atrophie. In den Nieren Kalkinfarkte neben chron. interstit. Nephritis, in Blase hühnereigrosser Kalkstein, im rechten Ureter kleinfingergrosser Kalkstein. Offenbar metastatische Entstehung dieser Ablagerungen, entsprechend der Virchowschen Auffassung von der Kalkmetastase. **Hohmann**-München.

30) **Perthes.** Med. naturwissenschaftl. Verein Tübingen 13. II. 11. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 17, 1911.)

Operationsmethode des Knochenabszesses. Genaue Lokalisierung des zentralen Abszesses mit Röntgen, Durchtrennen der Knochenschicht mit Säge, Hochklappen des Deckels, Auswischen des Abszesses, Jodoformplombe, Annageln des Knochendeckels an der alten Stelle. In 4 Fällen Heilung per primam.

Hohmann-München.

31) **Hoeftmann.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde Königsberg 1. V. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 22, 1911).

Behandlung tuberkulöser Gelenke. H. tritt für exakte Ruhigstellung und Entlastung mit Verbänden oder Schienen ein. Diskussion: Payer: Die offene Tuberkulose ist prognostisch viel ungünstiger als die geschlossene. Offene Tuberkulose soll man durch Spalten der Fisteln und Offenhalten der Wunde behandeln, bis die Mischinfektion geheilt ist. Erst dann operieren. Fisteltuberkulose der Wirbelsäule prognostisch sehr ungünstig. Samter: Gute Erfolge durch Tuberkulinkur oder Röntgenbehandlung. **Hohmann**-München.

32) **Dencks.** Aerztl. Verein Hamburg 11. V. 1911. (Ref. Münchn. Med. Woch. Nr. 17, 1911.)

Röntgenstrahlen bei Knochentuberkulose. 5 Fälle mit Fisteln Monatelange chirurgische Behandlung erfolglos. Nach einer Bestrahlung, andere nach 4—5 geheilt. **Hohmann**-München.

33) **Lexer.** Naturwissenschaftl. med. Gesellsch. z. Jena 2. II. 11. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 15, 1911.)

Muskelplastik bei Facialislähmung. Wegen der unsicheren Erfolge der Pfropfung des Facialis auf Hypoglossus oder Accessorius entnahm L. dem vorderen Rande des Masseter von einem nasolabialen Schnitt aus einen gestielten Lappen, dessen nach unten liegende Spitze geteilt und subkutan oberhalb und unterhalb des Mundwinkels befestigt wurde. Ein ähnlicher Lappen vom vorderen Rande des Temporalis mit unten liegender Basis wurde mit seiner Spitze subkutan bis unter den äusseren Augenwinkel verschoben und dort befestigt. Für gewöhnlich hat Patient jetzt symmetrische Stellung beider Mund-



hälften und kann beim Lächeln die Mundwinkel gleich weit verziehen, beim Lachen und lauten Sprechen aber haben die mimischen Gesichtsmuskeln der gesunden Seite das Uebergewicht. **Hohmann**-München.

34) **Goldreich.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde Wien 18. V. 11. (Ref. Berl. klin. Woch. Nr. 24, 1911.)

Lordotische Albuminurie und progressive Muskelatrophie. 9jähr. Knabe. Die Wirbelsäule lordotisch wegen der Atrophie der langen Rückenmuskeln. Albuminurie. **Hohmann**-Müchen.

35) **Müller-Werden.** Aerztlicher Verein Essen-Ruhr 14. II. 11. (Ref. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 14, 1911.)

Orthotische Albuminurie. Durch kyphotische Haltung lässt sich das Eiweiss herabsetzen. Bei Gesunden lässt sich bisweilen durch übermässige Lordosierung Eiweissausscheidung erzeugen. **Hohmann**-München.

36) **Frangenheim.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde Königsberg. 27. II. 1911. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 14, 1911.)

Foerstersche Operation. Bei einer Frau, Durchtrennung der 4. Lumbal- bis 1. Sacralwurzel. Die Frau kann jetzt an Stöcken gehen. Diagnose des Leidens? **Hohmann**-München.

37) **Zinn.** Hufelandische Gesellschaft 11. V. 11. (Ref. Berlin. klin Woch. Nr. 23, 1911.)

Förstersche Operation bei Tabes. Bei gastrischen Krisen Resektion der hinteren Wurzeln (7. u. 9. Dorsalnerv). Bei einem 43jähr. Mann sistierte nach der Operation, die wegen des durch die Krisen desolaten Zustandes gemacht wurde, das Erbrechen, und es trat Hyperästhesie der seitlichen Thoraxpartieen und Anästhesie des Epigastriums ein. Einzeitige Operation wegen Wundinfektionsgefahr. Diskussion: Mühsam eröffnet den Wirbelkanal mit Zange und reseziert 5.—10. Dorsalnerv. Rosenstein durchschnitt bei 35jähr. Tabiker 7.—11. Dorsalnerven. Nach der Operation Anästhesie von den Rippen bis zu den Sohlen, die zurückging bis auf einen Bezirk um den Nabel. Verschwinden der Magensymptome, Auftreten von Verfolgungsideen und Depression. Federmann sah nach einer Durchschneidung des 6.—11. Nerven zuerst alle Symptome verschwinden, aber nach 3 Monaten das Erbrechen wieder auftreten. Auch sonst wird über Rezidive berichtet. Ewald: Kein Nutzen von epiduralen Injektionen. Goldscheider wandte erfolglos subdurale Injektionen nach Lumbalpunktion an. Kron: Förster nur bei schweren Fällen. **Hohmann**-München.

38) **Lotheissen.** K. K. Gesellschaft der Aerzte Wien 12. V. 11. (Ref. Berl. klin. Woch. Nr. 24, 1911.)

Förster bei Tabes. 2 Fälle. In einem Resektion der 6.—9., im anderen 6.—10. Wurzel. Nach der Operation verschwanden die Anfälle, traten aber später schwächer wieder auf. Bei einem dritten Fall Exitus, weil sich in der Rückenmuskulatur ein Salvarsannekroseherd befand, von dem eine Fistel bis zur Wunde ging. **Hohmann**-München.

39) **Rohardt.** Gesellschaft der Charitéärzte Berlin. 2. III. 11. (Ref. Berl. klin. Woch. Nr. 15, 1911.)

Angeborener Defekt des Cucullaris. Knabe mit vollständigem Fehlen des linken Cucullaris. Schulter ist nach vorn gesunken, Skapula steht



oben flügelförmig ab, in Schaukelstellung, weiter als normal entfernt von der Dornfortsatzreihe. Nur bei rein seitlicher Armhebung besteht Ausfall. Durch methodische Uebungen der Hülfsmuskeln (Serratus, levator scapulae, Rhomboidei) funktionelle Verbesserung. **Hohmann**-München.

40) **Haecker.** Aerztlich. Verein Marburg 11. II. 11. (Ref. Münch. med. Woch. Nr. 17, 1911.)

Lähmung des Deltoideus. Da alle anderen Versuche fehlschlugen, wurde bei dem Manne die Ueberpflanzung des musculus pectoralis ausgeführt. Diskussion: Eduard Müller bezweifelt den Erfolg, 1. weil die elektrische Reizung des verpflanzten Pect. zu keiner Abduktion des Armes führt und auch die willkürliche Abduktion ohne Anspannung des verpflanzten Muskels geschieht. 2., weil andere Muskelgruppen (Cucullaris, Infra- und Supraspinatus, Serratus anticus maj.) die Leistungen des Deltoideus kompensatorisch übernehmen. 3., weil der Muskel und Nerv noch im Stadium der Regeneration zur Zeit der Operation war. Jetzt ist er wieder funktionsfähig. Nicht vor Ablauf von $1^1/_2$—2 Jahren operieren, sondern methodische Muskelübungen machen.

Hohmann-München.

41) **Muskat.** Berliner med. Gesellschaft. 3. V. 11. (Ref. Berl. klin. Woch. Nr. 20, 1911.)

Atrophie des Oberarms nach Verletzung. 6 Jahre nach einem plötzlichen Schmerz im rechten Arm beim Tragen einer schweren Last bemerkte Patient ein Nachlassen der Kraft im rechten Oberarm. Es bestand erhebliche Atrophie der ganzen Muskulatur des Oberarms, vor allem des Biceps, aber auch des Cucullaris, des 4. Interosseus. Sensibilität erhalten, elektrische Erregbarkeit herabgesetzt, aber keine Entartungsreaktion. Der Prozess schreitet fort. Vielleicht Dystrophie. **Hohmann**-München.

42) **Pels-Leusden.** Gesellschaft der Charitéärzte 4. V. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 25, 1911).

Multiple Tumoren am Vorderarm bei jungem Mädchen. Die Geschwülstchen bestanden aus weiten Bluträumen, die mit Endothelzellen ausgekleidet waren. Vielleicht Haemangioendotheliome. **Hohmann**-München.

43) **Heller.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde, Königsberg 27. II. 1911. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 1911.)

Stichverletzung des Extensor dig. comm. Die beiden letzten Finger konnten nicht mehr gestreckt werden. Ueberbrückung der Diastase mit Seidenfaden. Gute Einheilung, volle Beweglichkeit. **Hohmann**-München.

44) **Keller.** K. K. Gesellschaft der Aerzte, Wien 28. IV. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 21, 1911.)

Funktionelle Kontraktur der Hand. Patient geriet mit Hand in Transmission. Seitdem sind Hand- und Fingergelenke in Beugestellung fixiert. Bei Ablenkung der Aufmerksamkeit kann man die Kontraktur beheben.

Hohmann-München.



45) **Schick.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, Wien 18. V. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 24, 1911.)

Dystrophie der Beckenmuskeln. 6jähr. Knabe, seit 2 Jahren unsicherer Gang, pendelt in den Hüftgelenken hin und her. Patellarreflexe gesteigert. Babinski positiv. Wohl Hofmann-Werdnigsche Erkrankung.

Hohmann-München.

46) **Tietze.** Schles. Gesellsch. für vaterländische Kultur Breslau 24. II. 1911. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 14, 1911.)

Hüftgelenksresektion nach Coxitis. Bildung eines Fascienlappens. Erzielung eines gut beweglichen Gelenks. **Hohmann**-München.

47) **Paul Glaessner.** Gesellschaft der Charitéärzte 4. V. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 25 1911.)

Doppelseitige Knie- und Hüftgelenksentzündung. 7jähr. Kind mit doppelseitiger Coxitis, die in Ankylose in schlechter Stellung ausgeheilt ist. — 12jähr. Knabe mit doppelseitiger Knietuberkulose, die ausgeheilt ist, rechts, mit Beugung bis zum spitzen Winkel, links bis zum stumpfen.

Hohmann-München.

48) **Bibergeil.** Gesellschaft der Charitéärzte Berlin 2. III, 11. (Ref. Berliner klin. Wochenschrift Nr. 15, 1911.)

Osteoarthritis deformans juvenilis coxae. 15jähr. junger Mann mit beiderseitiger Arthritis deformans, beginnend vor ½ Jahr mit Schmerzen im rechten Hüftgelenk, später im linken Kniegelenk. Kein Trauma. Links vollkommene Aufhebung der Abduktion bei Erhaltung aller anderen Bewegungen, rechts wesentliche Beschränkung der Abduktion. Gang watschelnd. Abflachung des Kopfes im Röntgenbild, Verbreiterung der Pfanne, Hypertrophie des Trochanter major, in einem schweren Fall subchondrale Cystenbildung. Ruhigstellung mit Entlastung ohne Erfolg, passive Bewegungen und Massage mit deutlicher Besserung. **Hohmann**-München.

49) **Peltesohn.** Gesellschaft der Charitéärzte Berlin 2. III. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 15, 1911.)

Coxa vara infantum. Das Hoffasche Unterscheidungsmerkmal des schrägen oder vertikalen Verlaufes der Epiphysenlinie bei rachitischer resp. kongenitaler Form ist nicht immer stichhaltig. Meist ist bei erworbener Coxa vara Rachitis im Spiel. Bei Rachitikern 2 Formen der Coxa vara 1. Verkleinerung des Schenkelhalsbogens, 2., schon frühzeitig scharfe winkelige Abknickung zwischen Kopf und Hals (Epiphysenlösung des Kopfes). Coxa vara rachitica mit erhaltenem Schenkelhalsbogen, geht oft spontan zurück. Bei der Abknickung verschlechtert sich die Prognose mit zunehmendem Alter.

Hohmann-München.

50) **Dreifuss.** Aerztl. Verein Hamburg 11. IV. 1911. (Ref. Münch. Med. Woch. Nr. 17, 1911.)

Abriss der ligamenta cruciata genu. Bei einem Patienten waren beide Bänder, beim anderen nur das hintere, zugleich mit Absprengung eines Knochenstückchens, abgerissen. (Röntgenbild.) **Hohmann**-München.



51) **Eckstein.** Verein deutscher Aerzte. Prag, 24. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 11.) Parartikuläre Osteotomie bei Kniegelenksankylosen.

E. ist gegen das Redressement bei tuberkulösen Kniekontrakturen. Bei der parartikulären Osteotomie durchschneidet er die Beugesehnen.

Hohmann-München.

52) **Hohmeier.** Med. Verein Greifswald 17. XII. 1910. (Ref. d. Med. Woch. Nr. 17, 1911.

Arthropathia tabidorum. Demonstration eines amputierten tabischen Kniegelenks mit hochgradigen Destruktionen der Gelenkflächen und peri- und paraartikulärer Apposition von Knochen. Bei Erkrankung kleinerer Gelenke (Fuss) können plastische Operationen gute tragfähige Stümpfe geben. Bei grösseren Gelenken nützt man mehr mit entlastendem Gehapparat, in dem die Erscheinungen stationär bleiben, ja zurückgehen können. **Hohmann**-München.

53) **Stein.** Verein der Aerzte Wiesbadens 5. IV. 11. (Ref. Berl. klin. Woch. Nr. 19, 1911.)

Arthrodese durch Knochenbolzung. In 5 Fällen wandte St. die Badesche Methode an. Bei den jüngeren Kindern waren die Erfolge zufriedenstellend, 7—9 Monate nach der Operation stehen die Gelenke fest. Bei einer doppelseitigen Fusslähmung bolzte St. auf der einen Seite, während er auf der anderen mit der Bolzung blutige Arthrodese verband. Kein Unterschied beider Seiten. Bei einem 17jährigen Patienten lockerte sich der Stift.

Hohmann-München.

54) **Müller-Werden.** Aerztl. Verein Essen-Ruhr 14. II. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 14, 1911.)

Peroneuslähmung, Hohlfussbildung. Spontane Rückkehr der Funktion der Muskeln. Subkutane Durchtrennung der Plantarfascie beseitigt die Beschwerden. **Hohmann**-München.

55) **Serafini** (Turin). Lipoma al piede. (R. Accademia di Medicina 11 marzo 1910.)

Serafini beschreibt einen Fall von subaponeurotischem Lipom auf dem inneren Rand des rechten Fusses. Derselbe ist von Wichtigkeit durch seine Seltenheit, die Leichtigkeit, mit der die klinische Diagnose auf Lipom gestellt wurde und eine Bursitis, Tenosynovitis, Hygrom der Sehnenscheiden ausgeschlossen werden konnte.

Er führt dann einen weiteren Fall von Lipom des Fusses von Filipello an und hebt zum Schluss hervor, dass die Aetiologie dieser Lipome der Fusssohle nicht auf Traumen oder Heredität zurückzuführen war und sie ebensowenig angeboren waren, da sie bei 13—19 Jahre alten Individuen auftraten. Sie waren also erworben, und für die Pathogenese derselben bleibt nur an die Theorie der abgesprengten Keime zu denken. **Buccheri**-Palermo.

56) **Vannelli** (Neapel). Contributo alla cura delle lesioni infiammatorie acute del calcagno. (Gazetta internazionale di medicina e chirurgia 1910. Nr. 22.)

Beschreibung eines Falles von Osteomyelitis adolescentium, bei dem sich Verf. durch die Vorschriften einer gesunden konservativen Chirurgie leiten liess



und durch sehr frühzeitiges Operieren einen vorzüglichen und sicheren Erfolg erzielte. **Buccheri**-Palermo.

57) **Frisch.** K. K. Gesellschaft der Aerzte, Wien 10. III. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 14, 1911.)

Calcaneo-Achillodynie. 21jähr. Patient mit heftigen Fersenschmerzen. Im Röntgenbild kallöse Schicht um (? Ref.) den Calcaneus. Herunterklappen der Fersenhaut durch rückwärtigen Schnitt, Abtragen der kallösen Schicht. Patient ist jetzt beschwerdefrei. Ursache: Bursitis unter dem Calcaneus und unter der Achillessehne. **Hohmann**-München.

58) **Wohlauer.** Gesellschaft der Charitéärzte Berlin 2. III. 11. (Ref. Berliner klin. Woch. Nr. 15, 1911.)

Spontanfrakturen der Metatarsen bei Tabes. Patient mit Plattfussbeschwerden, Augenmuskellähmung, lanzinierenden Schmerzen, erhaltenen Patellarreflexen. Im Röntgenbild links Fraktur des II. und III. Metatarsus, Knochenwucherungen und Absprengungen im Fussgelenk. Auch am rechten schmerzfreien Fuss Längsfraktur des III. Metatarsus. Zeit der Entstehung der Frakturen unbekannt. Erst durch das Röntgenbild wurde die Diagnose Tabes gestellt. **Hohmann**-München.

59) **Eckstein.** Verein deutscher Aerzte Prag, 24. I. 1911. (Ref. Berl. klin. Woch. 1911. Nr. 11.) Angeborener Klumpfuss und Syndaktylie.

5jähr. Knabe 4 Zehen syndaktylisch, starke Einschnürung am Unterschenkel. Am gesunden Fuss ebenfalls an 4 Zehen Syndaktylie. — Bei 6jähr. Mädchen ist an der linken Hand nur Daumen, Zeige- und Mittelfinger vorhanden, die beiden letzteren miteinander verwachsen. Der linke Fuss equinovarus mit 3 freien Zehen. **Hohmann**-München.

60) **Peltesohn.** Gesellschaft der Charitéärzte Berlin 2. III. 11. (Ref. Berliner klin. Wochenschrift Nr. 15, 1911.)

Klumpfussbehandlung im Säuglingsalter. Um das Rutschen der Gipsverbände bei fetten Kinderfüssen zu vermeiden, befestigt P. den Gipsverband mit 3 Leukoplaststreifen, die auf die Haut geklebt und über die 1. Gipslage umgeschlagen werden, an der Haut und vermeidet Decubitus und Abrutschen. **Hohmann**-München.

61) **Müller-Werden.** Aerztlicher Verein Essen-Ruhr 14. II. 1911. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 14, 1911.)

Klumpfuss. 17jähriger Patient, Resektion aus der Fusswurzel. Diskussion. Niederstein: jeder Klumpfuss muss durch Redressement und nicht durch blutige Operation zu heilen sein. **Hohmann**-München.

Tagesnachrichten.

Die permanente Kommission der internationalen medizinischen Kongresse hat unter dem Vorsitz von Dr. F. W. Pavy am 21. April erstmals in London getagt.

Es wurde u. a. folgender Beschluss gefasst:

Der Sektion Chirurgie (VII) werden zwei Unterabteilungen angegliedert, nämlich Orthopädie und Anaesthesie.

Als neue Abteilung (XXII) ist hinzugekommen Medizinische Radiologie. Der Kongress in London wird vom 6.—12. August 1913 stattfinden.



Inhalt: Zur mechanischen Behandlung von Zehen- und Fingerdeformitäten. Von Dr. **Adolf Natzler** in Heidelberg. — Die Behandlung der Sternumvorwölbungen. Von Dr. **J. G. Chrysospathes** in Athen. — Beiträge zur Aetiologie und Therapie der kongenitalen Hüftgelenksluxation. Von Prof. Dr. **V. Chlumsky** in Krakau. (Originalarbeiten.)

Buchbesprechungen: **Wohlauer,** Atlas und Grundriss der Rachitis. — **Lorenz** und **Saxl,** Die Orthopädie in der inneren Medizin. — **Römer,** Die epidemische Kinderlähmung (Heine-Medin'sche Krankheit). — **Wickman,** Die akute Poliomyelitis bzw. Heine-Medin'sche Krankheit. — **Matsuoka,** Atlas der angeborenen Verrenkung des Hüftgelenkes im Röntgenbild. — **Zabludowski,** Technik der Massage. — **Broca, Froelich, Mouchet, Guisez, Terrien,** Chirurgie des Enfants. — **Kühnelt,** Taschenbuch für Aerzte in Sanatorien und sonstigen physikalisch-diätetischen Heilanstalten.

Referate: 1) **Nagamachi,** Fall von Doppelmissbildung. — 2) **Lane,** Prinzipien der Behandlung von Deformitäten des Knochengerüsts. — 3) **Bewlby,** Isolierte Knochenneubildungen im muskulären Gewebe. — 4) **Gudzent,** Gegenwärtiger Stand der Lehre von der Diagnose und Therapie der Gicht. — 5) **Macalister,** Knochenschwund. — 6) **Geddes,** Akromegalisches Skelett. — 7) **Kenneth W. Goadby,** Die Verbindung von Mundkrankheiten mit rheumatischer Arthritis. — 8) **Heimann,** Beitrag zur Lehre von der Knochenplastik. — 9) **Hayasni,** Dauerheilung bei Sarkomen der langen Röhrenknochen. — 10) **Bergel,** Kallusbildung durch Fibrin. — 11) **Pochhammer,** Bemerkungen zum vorstehenden Aufsatz. — 12) **Maas,** Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter. — 13) **Bätzner,** 14) **Jochmann,** 15) **Speck,** Zur Trypsinbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. — 16) **Dreyer,** Zur Technik der Sehnennähte. — 17) **Rummant,** Ischämische Kontrakturen und die Erfolge ihrer Behandlung. — 18) **Zimmermann,** Untersuchungen über intrauterine Belastungs-Deformitäten am Kopf von Schädellagen-Kindern. — 19) **Ideler,** Spondylitis tuberculosa mit Senkungsabszess und Durchbruch in den Bronchialbaum. — 20) **Forbes,** Alte und neue Dinge. — 21) **Gundlach,** Ueber kongenitale Pektoralisdefekte und ihre Entstehung. — 22) **Fürbringer,** Zur Würdigung der Quinquaudschen Fingerkrepitation. — 23) **Ledderhose,** Ueber Arthritis deformans coxae. — 24) **Wieler,** Injektionstherapie der Ischias. — 25) **Ducroquet et Veau,** Behandlung der Tuberkulose des Kniegelenks.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 26) **Joachimsthal,** Cystische Erkrankung des Skeletts. — 27) **Hartmann,** Osteopsathyrosis. — 28) **Kienböck** und **Willner,** Osteopsathyrosis idiopathica. — 29) **Pick,** Marantische Knochenatrophie. — 30) **Perthes,** Operationsmethode des Knochenabszesses. — 31) **Hoeftmann,** Behandlung tuberkulöser Gelenke. — 32) **Denks,** Röntgenstrahlen bei Knochentuberkulose. — 33) **Lexer,** Muskelplastik bei Fazialislähmung. — 34) **Goldreich,** Lordotische Albuminurie und progressive Muskelatrophie. — 35) **Müller-Werden,** Orthotische Albuminurie. — 36) **Frangenheim,** Foerster'sche Operation. — 37) **Zinn,** Foerster'sche Operation bei Tabes. — 38) **Lotheissen,** Förster bei Tabes. — 39) **Rohardt,** Angeborener Defekt des Cucullaris. — 40) **Haecker,** Lähmung des Deltoideus. — 41) **Muskat,** Atrophie des Oberarms nach Verletzung. — 42) **Pels-Leusden,** Multiple Tumoren am Vorderarm. — 43) **Heller,** Stichverletzung des Extensor dig. comm. — 44) **Keller,** Funktionelle Kontraktur der Hand. — 45) **Schick,** Dystrophie der Beckenmuskeln. — 46) **Tietze,** Hüftgelenksresektion nach Coxitis. — 47) **Glaessner,** Doppelseitige Knie- und Hüftgelenksentzündung. — 48) **Bibergeil,** Osteoarthritis deformans. — 49) **Peltesohn,** Coxa vara infantum. — 50) **Dreifuss,** Abriss der ligamenta cruciata genu. — 51) **Eckstein,** Osteotomie bei Kniegelenksankylosen. — 52) **Hohmeier,** Arthropathia tabidorum. — 53) **Stein,** Arthrodese durch Knochenbolzung. — 54) **Müller-Werden,** Peroneuslähmung. — 55) **Serafini,** Lipom des Fusses. — 56) **Vanelli,** Osteomyelitis adolescentium. — 57) **Frisch,** Calcaneo-Achillodynie. — 58) **Wohlauer,** Spontanfrakturen der Metatarsen bei Tabes. — 59) **Eckstein,** Angeborener Klumpfuss und Syndaktylie. — 60) **Peltesohn,** Klumpfussbehandlung. — 61) **Müller-Werden,** Klumpfuss. — **Tagesnachrichten.**

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. November 1911. Heft 11.

(Aus der orthopäd. Univ.-Poliklinik Prof. Lange, München.)

Zur Behandlung der Kniebeugekontraktur.

Von Dr. W. Engelhard.

(Mit 4 Abbild. im Text.)



Fig. 1.

Seit mehreren Jahren bringen wir zur Beseitigung von leichteren Kniebeugekontrakturen ein Verfahren in Anwendung, welches sich als einfach und so erfolgreich erwiesen hat, dass wir dessen weitere Verbreitung empfehlen.

Die Behandlung gestaltet sich wie folgt:

Haben wir uns durch die Untersuchung des Patienten und durch das Röntgenbild überzeugt, dass eine unblutige Geraderichtung des Beines möglich ist, (auf die Indikationen, wann man überhaupt mit dem Redressement beginnen darf, soll hier nicht eingegangen werden) so legen wir einen Gipsverband, wie nebenstehende Figur 1 zeigt,

an. Der Gips umfasst das Becken mit dem Oberschenkel und endet über der Gelenkfläche der Femurkondylen; auf der Rückseite in der Kniekehle ist er in einem nach oben konvexen Bogen gut ausgeschnitten. Zwischen dem vorderen unteren Drittel des Oberschenkels und dem Gips muss durch mehrere Lagen Watte ein dickes Polster eingelegt werden, da an dieser Stelle bei dem späteren Redressement ein starker Druck stattfindet. Für das Tuber ischii der kranken Seite muss — wie bei den Entlastungsgipsverbänden überhaupt — ein Sitzring gerichtet werden.

Um nun die Geraderichtung des Beines und dem Patienten das Gehen zu ermöglichen, gipst man einen Bügel aus Bandeisen, besser aus Bandstahl, in einer aus der Figur 1 ersichtlichen Weise ein. Die Länge des Bügels misst man am besten an der gesunden Seite in der Art, dass das Ende des Bügels bei Spitzfuss-Stellung von den Zehen gerade noch erreicht werden kann. Ist der Gips erhärtet, stellt man den Patienten auf den Gehbügel und lässt die Sohle der gesunden Seite um soviel erhöhen, bis das Becken wagerecht steht. (Siehe auf Figur 1 die untergelegten Brettchen.)

Das eigentliche Redressement besteht nun darin, dass man das Bein durch Bindenzüge, wie Figur 1 zeigt, allmählich gerade richtet. Dabei ist auf zweierlei zu achten:

1. dass man die Bindenzüge nicht auf die untere Hälfte des Unterschenkels wirken lässt, sondern nur auf die obere. Im ersten Falle ist nämlich fast ausnahmslos Subluxationsstellung des Unterschenkels nach hinten die Folge, wodurch selbstverständlich kein gutes Resultat erzielt werden kann. Im zweiten Falle dagegen wird der redressierende Zug auf das oberste Drittel des Unterschenkels ausgeübt und dadurch der Unterschenkel auf der Gelenkfläche des Oberschenkels nach vorne geholt.
2. dass man die richtigen, d. h. die geeigneten Fälle aussucht. Es wäre ein fruchtloses Unternehmen, wollte man alte Kontrakturen oder Fälle, bei denen Verwachsungen bestehen, auf diese Art redressieren.

   In Betracht kommen nur frische, d. h. kurze Zeit bestehende Kontrakturen, welche bei Bewegungsversuchen nicht mehr schmerzhaft sind. Treten während des Redressements stärkere Schmerzen auf, so muss die Behandlung event. unterbrochen werden.

Will man zugleich eine bestehende Auswärts- oder Einwärts-Rotation beseitigen, so wickelt man, um beispielsweise die Einwärts-



stellung zu erzielen, zuerst mehrere Bindentouren um den oberen Teil des Unterschenkels in der Art, dass man am äusseren Epikondylus beginnend über die Vorderseite des Unterschenkels zum inneren Epikondylus geht. Hat man in dieser Weise mehrere Touren übereinander gewickelt, so halten dieselben so fest, dass man durch einen Zug nach vorne stark einwärtsrotierend wirken kann. Geht man mit der Binde jetzt erst über den Bügel und wickelt dieselbe nach der oben erwähnten Weise an, so wird dadurch auf den Unterschenkel sowohl im Sinne der Streckung als auch der Einwärtsrotation gewirkt.

Wir redressieren stets nur so weit, bis der Patient beginnt, über Schmerzen zu klagen. Stellt man dann durch die Binde das Bein in dieser Stellung fest, so verschwinden die Schmerzen meist schon im Laufe des Tages nahezu vollständig.

Nach 4—6 Tagen kann man im Allgemeinen mit dem Redressement wieder ein Stück weiter gehen und so etappenweise, bis zur völligen Streckung des Beines. Hat man dieselbe erreicht, so nimmt man zweckmässigerweise den Gipsverband nicht gleich ab, sondern erhält sich das Resultat, je nach der Schwere des Falles, noch 8—14 Tage.

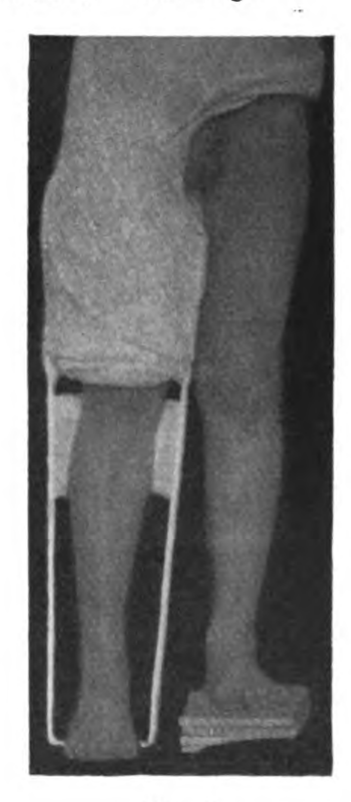


Fig. 2.

Oft ist es sogar angezeigt, das Bein leicht überzukorrigieren; dies erreicht man dadurch, dass man mit den Binden nicht mehr über den vorderen Teil, sondern nur über den hinteren Teil des Unterschenkels geht (siehe Figur 2).

Ist man schliesslich soweit, dass man den Gipsverband abnehmen kann, so ist damit die Behandlung noch keineswegs beendet. Es ist jetzt noch unbedingt unsere Aufgabe, ein Rezidiv zu vermeiden und womöglich die Beweglichkeit im Kniegelenk zu erreichen.

Das erste erreichen wir dadurch, dass wir den Patienten — von ganz leichten Fällen abgesehen — eine einfache Kniehülse in Streckstellung des Nachts tragen lassen und das zweite durch aktive und passive Uebungen.

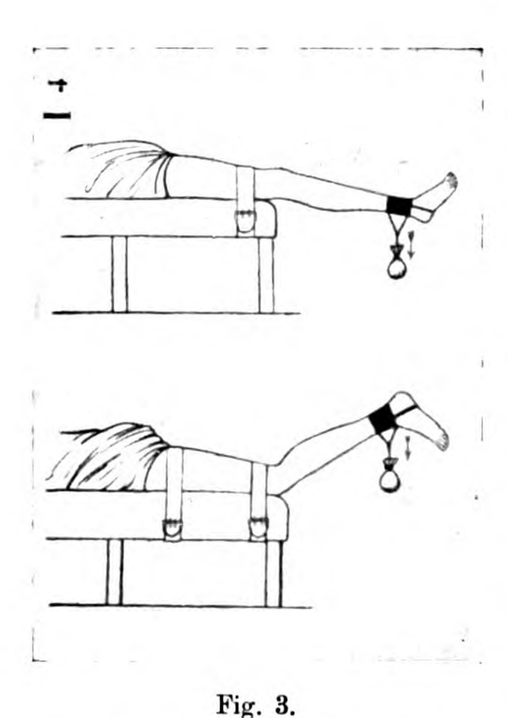


Fig. 3.

Die passiven Uebungen sind ohne weiteres aus der Figur 3 ersichtlich. Die Schwere des Gewichts richtet sich nach dem Auftreten von Schmerzen, d. h. sowie Patient beginnt, über Schmerzen bei den Uebungen zu klagen, darf mit einer Vermehrung des Gewichts nicht weiter gegangen werden.

Die aktiven Uebungen sind ebenso einfach — siehe Figur 4 — und lassen sich überall leicht ausführen. Dabei kommt es weniger auf die Schwere des Gewichts an, als dass der Patient danach trachtet, sein Knie möglichst weit zu beugen und dann wieder vollständig zu strecken.

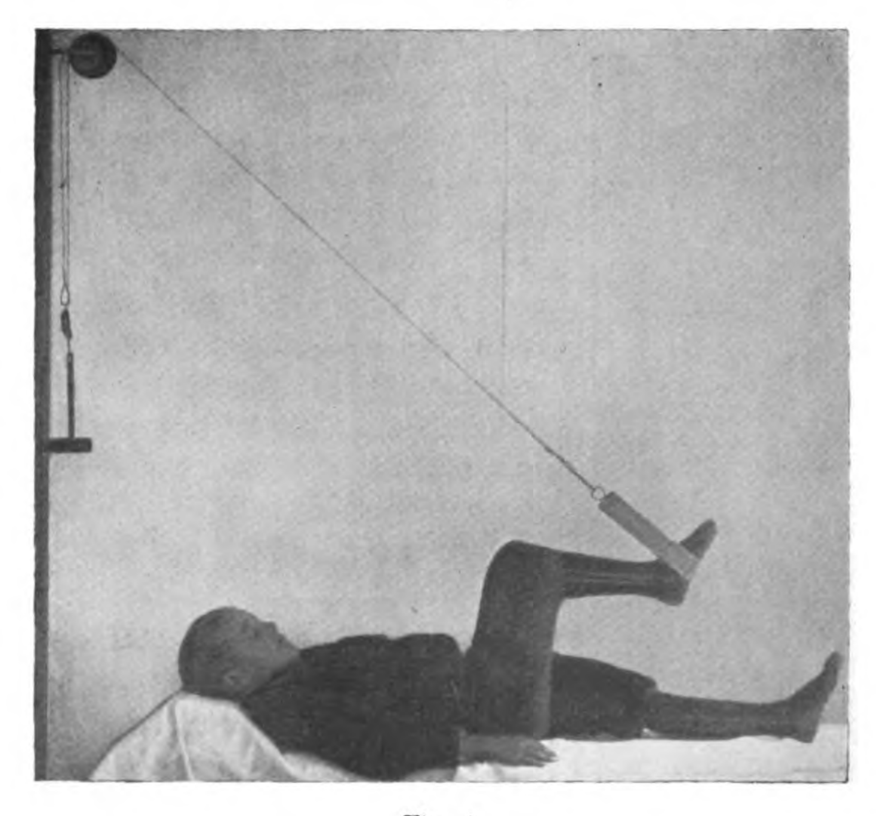


Fig. 4.

Was die Resultate bei Anwendung dieses Verfahrens betrifft, so sind wir, wie gesagt, sehr zufrieden. Die gerade Richtung des Beines im Gipsverband gelingt fast ausschliesslich ohne grosse Schwierigkeiten. Die Erhaltung der Streckstellung gelingt, wenn der Patient auch nur einigermassen die ärztlichen Vorschriften (aktive und passive Uebung) befolgt.

Gewaltsam in Narkose redressieren wir nicht mehr, sondern machen bei allen Kniekontrakturen, welche sich auf die angegebene Art nicht mehr redressieren lassen, die Osteotomie, um im gesunden operieren zu können.

(Akademie für praktische Medizin in Cöln a. Rhein. Orthopädisch-chirurgische Abteilung.)

Beitrag zur operativen Behandlung kongenitaler Vorderarmknochendefekte.

Von

Prof. Dr. K. CRAMER,
dirig. Arzt.

(Mit 1 Abbildung im Text.)

Die zur Besserung angeborener Vorderarmknochendefekte vorgeschlagenen Operationen sind an Zahl sehr gering: Spaltung des vorderen Endes des vorhandenen Knochens und Einpflanzung des Carpus in den Spalt nach Bardenheuer oder Mac Cardy und Resektion eines Knochenstückes aus der Ulna und Verschiebung des Carpus in die Achse der Ulna nach Romano. In einem Falle habe ich auf andere Weise ein auffallend gutes Resultat erreicht; es handelte sich um einen teilweisen Defekt des Radius.

Krankengeschichte:

P. R. 4 Jahre, aufgenommen am 12. VI. 07. Die rechte Hand ist von Geburt an im Handgelenk stark radialwärts adduziert, der Daumen verkümmert, ohne aktive Beweglichkeit; die übrigen Finger sind im Ganzen kleiner als die linksseitigen. Mittel- und Goldfinger haben die gleiche Länge. Die Bewegungen der Hand sind nach allen Richtungen hin leicht gehemmt. Beide Vorderarmknochen sind um 2 cm verkürzt; ausserdem ist die Ulna 3 cm länger als der Radius; hierdurch erklärt sich die radiale Adduktion der Hand.

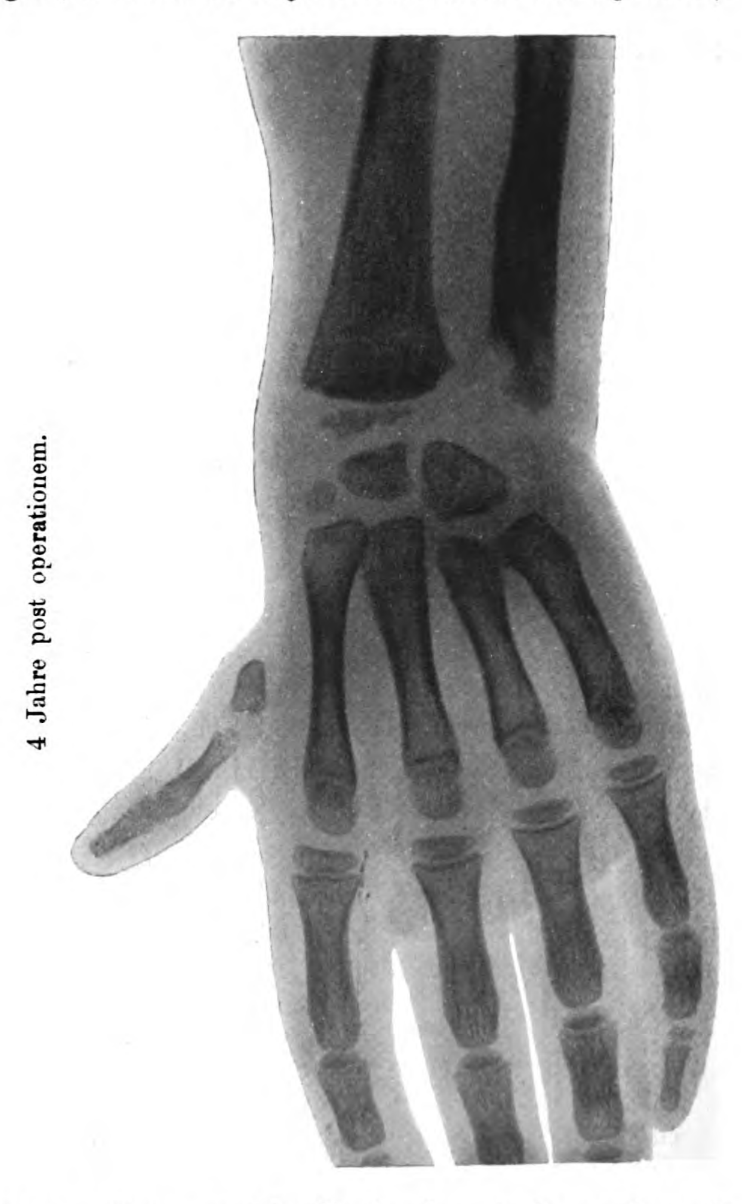
Am linken Daumenballen fehlt die Muskulatur, trotzdem ist der Daumen frei beweglich.

Operation am 13. VI. 07. Längsschnitt dorsal über die vordere Partie der Ulna und den Carpus. „Exstirpation der ulnaren Handwurzelknochen: os triguetrum und os lunatum. Abtragung eines ca. 1 cm langen Stückes des distalen



knorpeligen Endes der Ulna, Raffung der Extensorensehnen. Hautnaht. Gipsverband in dorso-ulnarer Abduktionsstellung der Hand. Primärheilung. Abnahme des Gipsverbandes 4 Wochen post operationem. Massage. Bewegungsübungen. Gute Handstellung. Abnehmbare Gipsschiene für die Nacht, welche die Hand in dorso-ulnarer Flexion fixiert.

Wiedervorstellung nach 4 Jahren. Rechte obere Extremität: Die beiden Vorderarmknochen sind um 4 cm verkürzt. Die Hand steht gut. Die Handrückenbeugung kommt nur innerhalb geringer Grenzen zu Stande; die Handflächenbeugung ist nahezu frei; seitliche Handbewegungen sind um etwa $^1/_2$ gehemmt. (S. Röntgenbild. Es wurde aufgenommen 4 Jahre nach Operation.)



4 Jahre post operationem.

Interessant ist einmal das Vorhandensein des vorderen Epiphysenknorpels an dem kongenital verkürzten Radius und dann die gute Handstellung nach 4 Jahren, trotzdem die vordere Ulnaepiphyse

zum grössten Teil abgetragen worden war. Bekanntlich hat man ja stets gewarnt bei derartigen Missbildungen vor Operationen in frühem Alter und vor Opferung von Teilen, die eine Wachstumshemmung verursachen könnten. Diese Warnung habe ich missachtet in der Ueberlegung, dass derartige Vorderarme und Unterschenkel mit Strahldefekten auch ohne Operation ausnahmslos im Wachstum zurückbleiben, dass also das von den vorderen Epiphysen ausgehende Wachstum keine grosse Rolle spielen könne. Auch wurde die vordere Ulnaepiphyse nur zum Teil abgetragen. Sie überragte nach der Operation noch immer um ein Stück die vorderste Radiuspartie. Dieses Stück stellte sich nach Fertigstellung der Operation an die Stelle der exstirpierten Carpalknochen.

Auf dem Röntgenbilde kann man ohne Weiteres sehen, dass das vordere Radiusende nur sehr wenig gewachsen ist und dass an der Ulna ein Epiphysenkern fehlt. Letzterer zeigt sich bekanntlich im Alter von 6—11 Jahren. Er kann also in meinem Falle noch auftreten, oder der Epiphysenknorpel wurde so stark beschädigt, dass er nicht mehr sichtbar wird. In letzterem Falle dürfte eventuell für die Folge eine Wachstumshemmung geringfügiger Natur der Ulna sich geltend machen mit konsekutiver, leichter ulnarer Abduktionsstellung, die ihrerseits durch eine Kontinuitätsresektion sehr wahrscheinlich leicht zu heilen sein wird.

---

1) **Frangenheim** (Königsberg). Chondrodystrophische Zwerge. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. 1911. XVII. 2. Mit 2 Taf. u. 3 Textfig.

F. hat 4 Zwerge im Alter von 12, 13, 17 und 33 Jahren untersucht, deren 3 männlich, 1 weiblich. Mitteilung der klinischen Befunde. Die Gestaltung des Skeletts wies grössere Aehnlichkeiten auf, das äussere Verhalten war verschieden. Der Gesichtsausdruck vom intelligenten bis zum kretinhaften. Die Extremitäten waren dreimal auffallend klein, die Kleinheit der oberen Extremitäten war teilweise durch die Streckbehinderung im Ellbogengelenk vorgetäuscht. Typisch, für die Diagnose schon allein ausschlaggebend die Form der Hände und Füsse: „Kurze, fleischige, fast gleichlange Finger geben der Hand ein viereckiges Aussehen, während einmal durch eine Spreizung der ebenfalls sehr kurzen Finger die Hand einem Dreizack glich (main en trident der Franzosen)."

Coxa vara fand sich in zwei Fällen.



Die Ursache der Wachstumsstörungen bei der Chondrodystrophia foetalis ist ein Streifen Periost-Perichondrium, der an den Epiphysen entsprechend der Knochenknorpelgrenze hauptsächlich auf der Hinterseite der langen Röhrenknochen eindringt, und der Ossifikationslinie parallel verlaufend zuweilen den Epiphysenknorpel von der Diaphyse trennt."

Ein Fall, mit geraden, ziemlich schlanken Extremitäten war der hyperplastischen Form der Chondrodystrophie (Kaufmann) zuzuzählen, die anderen mit den verkrümmten verhältnismässig dicken Gliedern der hypoplastischen Form zuzuzählen.

Natzler-Heidelberg.

2) **Artom** (Sant'Agnese). Osteomalacia e rachitismo. (Archives italiennes de Biologie LIV No. 1, 1919, 31. Dez.)

In der Vermutung, dass, wie für die Osteomalazie nachgewiesen worden ist, die Rachitis ebenfalls infektiösen Ursprungs sein dürfte, hat sich Verf. vorgenommen zu untersuchen, welches der Erreger ist.

Als erste Resultate dieser Untersuchung hat er in zwei von vier Fällen von Rachitis einen Mikrokokkus aus dem Knochen isolieren und in den gewöhnlichen Kulturböden züchten können, welcher nach seinen morphologischen und kulturellen Eigenschaften dem Diplokokkus der Osteomalazie äusserst ähnlich ist. Mit diesem isolierten Mikroorganismus hat Verf. einige ausgewachsene Ratten infiziert, von denen mehrere nach einigen Wochen Gehstörungen bekamen und die Radiographie Alterationen des Skelettes und namentlich der Wirbelsäule erkennen liess.

Mit abgetöteten Kulturen der isolierten Keime glaubt Verf. Besserung bei einem rachitischen Knaben, dem er Injektionen gemacht hatte, erzielt zu haben.

Buccheri-Palermo.

3) **J. A. Schabad** (St. Petersburg). Zwei Fälle von sogenannter „Spätrachitis". Der Mineralgehalt der Knochen und der Mineralstoffwechsel im Vergleich zur kindlichen Rachitis. (Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir. 23. Bd., 1. H., S. 82.)

Verf. hatte Gelegenheit zwei Zwillingsschwestern von 16 Jahr, die beide klinisch das Bild der „Rachitis tarda" boten, zu untersuchen. Die eine derselben kam ad exitum, sodass der Knochen histologisch und chemisch untersucht werden konnte. Dabei ergaben sich Befunde, die diese beiden Fälle als nicht zur eigentl. Rachitis tarda gehörend abzusondern nötigen. Histologisch war kein Kalk-



mangel nachzuweisen, der Prozess war hauptsächlich im hyalinen Knorpel der enchondralen Verknöcherungszone lokalisiert. Auch die Stoffwechseluntersuchungen ergaben eine Kalkretention und Stickstoffunterbilanz, bilden also auch einen Gegensatz zu den Stoffwechselbefunden bei der Frührachitis. Die beiden Fälle waren also von der Rachitis abzutrennen, und einer bisher noch nicht beschriebenen Form der juvenilen Chondrodystrophie zuzurechnen. Die klin. Bedeutung dieser Abtrennung liegt noch darin, dass in diesen Fällen die gewöhnliche antirachitische Behandlung mit Phosphorleberthran im Stich lässt. **Balsch**-Heidelberg.

4) **K. Hartmann** (Stuttgart). Zur Kenntnis der Ostitis fibrosa (deformans). (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 73. Bd., 3. H., S. 627.)

2 Fälle dieser eigenartigen Knochenerkrankung, die mit tumorartigen und mit Zysten-Bildungen derselben einhergeht, und zu starken Deformitäten bes. der unteren Extremitäten führt, daher sie von Paget s. Z. als Osteomalacia chronica deformans hypertrophica bezeichnet worden war. Nach seinen Untersuchungen der beiden Fälle kommt Verf. zu der Vermutung, dass die Paget'sche Krankheit mit der später von v. Recklinghausen beschriebenen im Wesen nicht verschieden sei, da bei dem gleichen Patienten (Fall 1) neben den charakteristischen Merkmalen der v. Recklinghausen'schen Krankheit (Zysten, fibröse Herde, Tumoren vom Bau echter Riesenzellensarkome) andererseits auch solche der reinen Paget'schen Erkrankung (Fehlen der ebengenannten Bildungen bei grobporiger Spongiosa ohne Fasermark) sich fanden. Der 2. Fall bot mehr das reine Bild der Jugendform der v. Recklinghausen'schen Krankheit. **Balsch**-Heidelberg.

5) **H. Plagemann** (Rostock). Zur Diagnostik und Statistik der Frakturen vor und nach Verwertung der Röntgendiagnostik. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 73. Bd., 3. H., S. 688.)

An der Hand von 3664 Knochenbrüchen der Rostocker chirurg. Universitätsklinik aus den Jahren 1891—1910 gibt Verf. eine ausführliche Statistik aller Frakturen, die sich von früheren Frakturstatistiken (Bruns, Chudowsky) darin unterscheidet, dass sich die Häufigkeit einzelner Frakturgruppen durch die methodische Röntgenuntersuchung verschoben hat. Auch innerhalb einzelner Gruppen der Rostocker Frakturen zeigt sich dieser Einfluss. Die einzelnen Frakturgruppen werden genau durchgenommen, und manche seltene Frakturform dabei beschrieben. **Balsch**-Heidelberg.



6) **E. Lonhard** (Stuttgart). Ueber Knochenbrüche und deren Behandlung während der Jahre 1908—1910 im Katharinenhospital in Stuttgart. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 73. Bd., 3. H., S. 663.)

Die Arbeit berichtet über die Knochenbrüche der zwei letzten Jahrgänge aus dem Katharinenhospital in Stuttgart. Den breitesten Raum nimmt die Besprechung der Behandlung der Extremitätenfrakturen ein. Hier bringt die Arbeit nichts Neues. Die Behandlungsmethoden sind dieselben wie sie jetzt wohl allenthalben angewendet werden, allerdings mit einigen Aenderungen je nach Erfahrung und Vorliebe des betr. Chirurgen. Einzelheiten, wie die Vorwürfe, die gegen die Zuppinger'sche Schiene und gegen die Lexer'schen Verbände, erhoben werden, dürften wohl nicht überall Anklang finden. **Balsch**-Heidelberg.

7) **Sasaki** (Japan). Ueber die Behandlung der Pseudoarthrosen durch Injektion von Periostemulsion. (D. Zeitschr. f. Chir. 1911. Bd. 109, S. 595. 4 Abb. u. 2 Taf.)

Zu diesem Thema hat S. sehr interessante Versuche angestellt. Er konnte zuerst nachweisen, dass bei subkutaner Injektion von Periostemulsion Knochenneubildung stattfand. Es eignet sich nur Emulsion aus der abgelösten Periostmembran. Ungeeignet ist Emulsion von zerkleinertem Knochen mit und ohne Mark und von der Proliferationsschicht des Periosts. Geeignet wäre eventuell noch der Epiphysenknorpel. Ein Versetzen der Periostemulsion mit fein zerteilter toter Knochensubstanz gibt keine besseren, sondern schlechtere Resultate. Bei Injektion von aufgeschwemmter Knochenkohle allein erfolgte keinerlei Knochenneubildung.

Nach diesen Vorversuchen ging S. daran, seine Ergebnisse therapeutisch zu verwerten. Er resezierte bei Kaninchen zuerst 3—3½ cm lange Stücke aus der Fibula. Er bekam Knochenneubildung, vollständigen knöchernen Ersatz allerdings nur einmal. Bessere Resultate lieferten die Versuche an den vorderen Extremitäten. Es wurden gleich grosse Stücke aus dem Radius herausgeschnitten, eine Seite immer unbehandelt gelassen, die andere injiziert. Dabei ergab sich, dass auf der unbehandelten Seite unter 6 Fällen 5 mal Pseudarthrose eingetreten war, und einmal eine feine knöcherne Verbindung zwischen den Stümpfen. Auf der injizierten Seite liess sich in allen sechs Fällen Knochenneubildung nachweisen. Dreimal kam eine solide knöcherne Verbindung zustande, einmal eine grösstenteils knöcherne Verbindung und zweimal konnte osteoides oder junges Knochengewebe nachgewiesen werden.



Auf Grund seiner Versuche empfiehlt S. die Anwendung der Methode beim Menschen. Das Periost ist womöglich vom selben Individuum zu nehmen, eventuell das Periost von amputierten Gliedern, vielleicht sogar von frischen Leichen, wenn keine übertragbaren Krankheiten bestanden.

Die Methode käme in Betracht bei verzögerter Kallusbildung bei Pseudarthrosen, bei der Rhinoplastik, bei anderen plastischen Operationen, überhaupt bei allen Knochendefekten. Bei seinen Versuchen hat S. gewöhnlich 10 ccm einer Aufschwemmung von Periost in 0,7 %iger Kochsalzlösung verwendet.

Natzler-Heidelberg.

8) **Sasse.** Aseptische Extensionsvorrichtung nach querer Knochendurchbohrung. (Münch. med. Woch. 1911. Nr. 19.)

Um Infektionen zu vermeiden, hat S. die Nagelvorrichtung so modifiziert, dass mit Hilfe eines Borchardt'schen elektrischen Trepanationsapparates der Nagel in den Knochen gebracht wird. Ueber seine hervorragenden Enden werden beiderseits verschraubte Röhren geschoben, bis die Extensionsscheiben an die Haut anstossen. Das Abnehmen dieses Apparates ist demnach ohne Infektionsgefahr möglich. Mehrere Fälle werden mitgeteilt, in denen diese Modifikation sich bewährte. **Hohmann**-München.

9) **Wolfsohn.** Ueber Ostéoarthropathie hypertrophiante. (Berl. klin. Woch. 1911, No. 23.)

W. beschreibt eingehend den Fall eines 34jähr. Mannes, dessen Leiden mit einer Verdickung der Fingerspitzen und Zehenspitzen anfing. Auch Nase und Unterkiefer wurde allmählich breiter und plumper. Ausser Verbreiterung der Nagelglieder ist eine Verdickung und Deformierung der unteren Enden von Radius und Ulna, sowie eine Auftreibung der rechten Klavikula in der Mitte vorhanden. Besonders stark ist die Auftreibung an der Grosszehe. Im unteren Dorsalteil der Wirbelsäule besteht eine gewisse Steifigkeit. Im Röntgenbild sieht man an den Endphalangen blumenkohlartige Knochenauflagerungen. Die Spongiosa der Phalangen ist eingeengt, die Kompakta verdickt, die Mittel- und Grundphalangen breiter als normal. Derselbe Befund an den Füssen. Am Schädel nichts besonderes, besonders nicht an der sella turcica. Es ist das Bild der Ostéoarthropathie hypertrophiante von Pierre Marie. Ein Zusammenhang mit anderen Erkrankungen scheint zu bestehen (Infektionskrankheiten, eitrigen, jauchigen Zersetzungen im Organis-



mus, malignen Tumoren, Nervenerkrankungen wie Syringomyelie). Beseitigung solcher Erkrankungen bessert auch die Ostéoarthropathie mitunter deutlich. **Hohmann**-München.

10) **Axhausen** u. **Pels.** Experimentelle Beiträge zur Genese der Arthritis deformans. (D. Zeitschr. f. Chir. 110, 4—6.)

Die Verf. glauben die experimentellen Unterlagen der vaskulären A. d.-Theorie Wollenbergs widerlegen zu können. Eine Wiederholung des einzigen und zudem nicht rein aseptisch verlaufenen Experimentes dieses Autors hat bisher nicht stattgefunden. Wenn W.'s Versuchsanordnung korrekt ausgeführt wird, so muss sich die umnähte Patella wie eine replantierte verhalten; d. h. es muss das Knochengewebe absterben, das Periost am Leben bleiben. Die folgenden Substitutionsprozesse sind nach $1/2$ Jahr (W.'s Fall) vermutlich abgelaufen. An 6 Hunden, 4 Kaninchen haben die Verf. unter regelmässiger Röntgenkontrolle 2—8 Wochen lang Untersuchungen angestellt. Ergebnisse: 1. 6 Tiere mit auch mikroskopisch normalen Patellen; ungenügende Umnähung. 2. 4 Tiere getötet; 30, 46, 50 und 58 Tage p. oper. Der Gang der anatomischen Veränderungen ergibt sich darnach so: herdförmige Nekrosen von aussen nach innen fortschreitend, gleichzeitig Apposition von Knochengewebe; dissezierende Knorpelnekrose, an den lebenden Abschnitten Knorpelzellwucherung. Wo aber irgendwelche Nekrotisierungsvorgänge fehlen, bleibt auch Zellwucherung aus. Nach diesen Ergebnissen glauben die Verff., W.'s Versuch könne keine Bedeutung als Stütze für die vaskuläre Theorie beanspruchen. Zum Schluss wird die Gleichartigkeit des anatomischen Befundes bei A. d. und den Experimentalergebnissen mit Nekrosenbildung betont. Letztere scheint bei beiden eine entscheidende Rolle zu spielen. Darin sind sich alle Untersucher einig. **Landwehr**-Heidelberg.

11) **Albert G. Stein.** Diathermie bei der Behandlung der Knochen- und Gelenkkrankheiten. (Berl. klin. Woch. No. 23, 1911.)

St. geht auf das Wesen der Diathermie ein, die nicht die Wärme von aussen einführt, sondern im Körper selbst auf künstlichem Wege erzeugt. Zur Behandlung eignen sich gonorrhoische, rheumatische und gichtische Gelenkentzündungen. Die frische gonorrhoische Entzündung wird äusserst günstig beeinflusst, wahrscheinlich weil die Gonokokken keine höheren Temperaturen vertragen. Beim akuten Gichtanfall erzielt man ebenfalls eklatante Erfolge, Tuberkulöse Gelenkerkrankungen eignen sich nicht für die Methode.



dagegen akute Periostititen. Die Behandlung darf nicht dem unteren Heilpersonal überlassen werden, weil die Methode keineswegs indifferent ist. Die sekundäre Stromstärke betrug zwischen 0,2 und 1,1 Ampere und die Dauer der Sitzung zwischen 3 bis 15 bis 20 Minuten. Kombination mit interner Radiumbehandlung (Trink- und Emanationskur) ist besonders erfolgreich. Vor der Anwendung bei anaesthetischen Gelenken (Tabes!) wird eindringlich gewarnt. **Hohmann**-München.

12) **Ceresole,** Artriti e miositi blenorragiche: loro cura coi raggi Röntgen. (Rivista veneta di scienze mediche 1910 fasc. V.)

Verf. hat mit dieser Methode zwölf Fälle behandelt, von denen er kurz die Geschichte mitteilt. Die analgetische Wirkung der Röntgenstrahlen blieb nie aus, in einigen Fällen war dieselbe von Anfang an eine äusserst rasche und dauernde, in anderen weniger prompt, weniger energisch, weniger anhaltend, doch soll sie nie ausgeblieben sein. Infolge der Röntgentherapie nimmt die Anschwellung ab, die Reaktionserscheinungen werden geringer, die Schwellung der Bänder und der Kapsel gehen zurück, die Motilität kehrt wieder. In einigen hartnäckigeren Fällen kann der Prozess wieder akut werden, doch ist derselbe stets bei den sukzessiven Applikationen gewichen.

Im Ganzen lässt sich sagen, dass die Röntgenstrahlen auf die blennorrhagischen Läsionen neben einer höchstausgeprägten analgetischen Wirkung, welche sich frühzeitig bemerkbar macht, eine resolutive Wirkung ausübt und dass ihr therapeutischer Wert bei dieser Krankheitsform stets zum Vorteil des Pat. gegenwärtig gehalten werden muss. **Buccheri**-Palermo.

13) **Rickmann J. Godlee.** Myositis ossificans traumatica. (Lancet 25th March 1911.)

14) **Makins.** On traumatic myositis ossificans. (Lancet 25th. March 1911.)

Beschreibung von Fällen von M. o. meist nach Stössen beim Fussballspielen. Die beiden Autoren sind über Aetiologie und Behandlung gleicher Ansicht. Aetiologisch kommen Verletzungen des Periostes mit Blutaustritt in Betracht; dass vorzüglich der Quadriceps und der Brachialis befallen werden, erklärt letzterer daraus, dass beide Muskeln breit am Knochen mit Muskelsubstanz ansitzen und leicht zu Verletzungen und Abrissen Veranlassung geben. Die Behandlung hat in absoluter Ruhe zu bestehen, erst wenn durch



klinische Beobachtung und X-Strahlenuntersuchung bewiesen ist, dass der Krankheitsprozess im Rückschreiten begriffen ist, darf Massage und Bewegung in Anwendung kommen. Operative Eingriffe sollen nur in Erwägung gezogen werden, wenn die Krankheit definitiv zum Stillstand gekommen ist und der Patient funktionelle Störungen hat. G. beschreibt noch die im Royal College vorhandenen Museumsexemplare und mikroskopische Untersuchung eines Falles.

Mosenthal-Berlin.

15) **P. Sidorenko.** Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysins. (D. Zeitschrift f. Chir. 110, 1—3.)

Im mikroskopischen Schnitt des Narbengewebes von Haut- und Unterhautgewebe beim Hund ist von der Einwirkung eines fremden Einflusses nichts zu bemerken. Die Beobachtung stellte keine unmittelbare, noch weniger eine ständige Leukocytose fest. Die therapeutische Dosis übte auf den Lymphstrom keine Wirkung aus. Das mikroskopische Bild der Leukome von Versuchs- und Kontrolltier war absolut identisch. — Die therapeutische Dosis ruft keinerlei Nebenerscheinungen (? Ref.) hervor. **Landwehr**-Heidelberg.

16) **Rehberg.** Beiträge zur Fascientransplantation. (Berl. klin. Woch. Nr. 20, 1911.)

Ausser zur Deckung grosser Defekte bei Trepanationen des Schädels verwandte R. die Fascie als gestielten Lappen zur Interposition bei Mobilisierung versteifter Gelenke. Bei einer knöchernen Ankylose des Kniegelenks infolge Eiterung nach Beilhieb eröffnete er das Knie unter subperiostaler Abmeisselung des lig. patellae, löste die fibrös verwachsene Patella ab, frischte mit dem Meissel die Gelenkenden an, entfernte die narbige Kapsel und schlug einen gestielten Fascienlappen aus der lateralen Oberschenkelfascie zwischen die Gelenkenden und unter die Patella und vernähte ihn am umgebenden Bindegewebe. Nach 5 Tagen Bewegungen. Nach drei Wochen 15° Beugung, nach 10 Wochen 45°, im mediko-mechanischen Apparat 90°. Im Röntgenbild freier Gelenkspalt, Patella verschieblich, keine seitlichen Exkursionen im Gelenk möglich.

Hohmann-München.

17) **H. Winnet.** The 1909 epidemie of acute anterior poliomyelitis (epidemic spinal paralysis) in Nebraska. (Am. Journ. of orth. surg. VIII, 3.)

Zum Thema nichts des Berichtes wertes. — Zur Kasuistik: 12jähr. Mädchen; charakteristischer Krankheitsbeginn 6. Aug. 1909;



alle 4 Gliedmassen, Blase und Darm ergriffen. Febr. 1910 in Behandlung seitens des Verf. wegen beiderseitiger Quadrizeps- und Unterschenkellähmungen. In Narkose unblutige Korrektur der Kniekontrakturen; sofort darnach Bewusstseinstrübung, Fieber, Delirien; schliesslich Zeichen der Cerebrospinalmeningitis. Exitus. Sektion verweigert. **Landwehr**-Heidelberg.

18) **Pürckhauer**. Zur Frage der poliomyelitischen Lähmungen. (Münch. med. Woch. 1911, No. 22.)

Nachdem Wittek jüngst vor dem zu frühen Operieren bei poliomyelitischen Lähmungen warnte, weil ein grosser Teil der Muskelkraft sich allmählich wiederherstelle, prüfte P. das Lange'sche Krankenmaterial der letzten 2 Jahre daraufhin. Er fand, dass von 19 paralytischen Spitzfüssen 8 vollkommene Erholung der Extensoren nach der Achillotenotomie und 6 wöchentlicher Ueberkorrektur zeigten, 9 dagegen keine Erholung aufwiesen; 2 Fälle waren noch in Behandlung. Die Muskeln befanden sich vorher im Zustand der Ueberdehnung und konnten sich durch die Tenotomie der Achillessehne wieder verkürzen. Eine Beobachtung, die seinerzeit Lorenz und Aberle dazu führte, gegen die Sehnenverpflanzung Stellung zu nehmen. **Hohmann**-München.

19) **O. Brösamlen** (Tübingen). Ueber Schädigungen des Herzens durch dauerndes Tragen fester Stützkorsette. (Mitt. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. XXIII. Bd. 2. H. S. 333.)

Von 17 Kranken meist jugendlichen Alters, die vor Behandlung mit Stützkorsett schon internistisch untersucht waren, wiesen **12** bei der Nachuntersuchung nach 2—3 Jahren deutliche Herzveränderungen auf, bestehend in Hypertrophie oder in Dilatation des rechten Ventrikels. In allen diesen Fällen waren auch subjektive Störungen vorhanden. Diese Beobachtungen beweisen die Wichtigkeit einer ausgiebigen Zwerchfell- und Rippenatmung für die Herztätigkeit, und sind bei Stellung der Indikation zum Tragen eines Korsettes und für die Wahl der Art desselben zu beachten. In vorstehenden Fällen waren immer Lederkorsetts, die den ganzen Rumpf vollkommen einschlossen, getragen worden.

Baisch-Heidelberg.

20) **Franz Kirchberg.** Heissluft- und Lichtbehandlung und Massage. (Zeitschr. f. phys. und diät. Therapie. 15, 4.)

Im technischen Teil empfiehlt K. als Heissluft- und Beleuchtungsvorrichtungen die durch leichtgebaute Auszüge vervollkommneten,



mit Asbest ausgekleideten, tunnelförmigen Apparate. Der Betrieb geschieht durch klare, rote und blaue Glühbirnen. Betreffs der Kombination der Wärme- und Massagebehandlung schätzt er bei schmerzhaften Fällen die schmerzlindernde, die Empfindlichkeit stark herabsetzende Wirkung der aktiven Hyperaemie, besonders in Verbindung von Heisslicht und Blaulicht hoch ein. Bei der subakuten Form des Gelenkrheumatismus lehnt K. passive Bewegungen ab. Distorsionen werden massiert, sobald der Erguss sich nicht mehr vergrössert. Bei versteiften Fällen kommt er durch kombinierte physikalische Behandlung eher zum Ziel als durch Brisement; Sitzungen bis 45 Minuten bei 120°. Nach vorangegangenem Gebrauch von Salizyl- und Chloroformeinreibungen (und bei Sensibilitätsstörungen, Refer.) drohen Hautverbrennungen. Die Erkältungsgefahr zu vermeiden, rät K. zu Alkoholabwaschung nach der Schwitzprozedur. Bei Arthritis deform. warnt er vor röm.-irischen, russischen und sogar Sandbädern. **Landwehr**-Heidelberg.

21) **König** und **Hoffmann** (Greifswald). Schnelldesinfektion des Operationsfeldes mit Thymolspiritus. (Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 24, S. 827.)

Anstatt Jodtinktur verwenden die Verf. 5 %igen Thymolspiritus und wollen dadurch einige Nachteile des Jodtinkturanstriches vermieden haben. Vor allem die Braunfärbung der Haut, Abschilferung und Ekzeme. Anwendungsweise: Am Abend vor, bei fistulösen Prozessen am Tage der Operation ein Bad. Erster Thymolanstrich 5—10, zweiter 2—3 Minuten vor der Operation. In Notfällen Thymolspiritus ohne vorheriges Bad oder Waschung. Bei 130 Fällen wurde hier und da leichtes Schälen der Haut beobachtet, zweimal kam es zu Blasenbildung. **Natzler**-Heidelberg.

22) **A. Motta** (Mailand). Osteomielite acuta stafilococcica dell' apofisi spinosa della vertebra dorsale. (Clinica chirurgica 1911, No. 6.)

Nach einigen allgemeinen Betrachtungen über Osteomyelitis der Wirbelsäule berichtet Verf. über einen persönlichen Fall von akuter Staphylokokken-Osteomyelitis des Dornfortsatzes des 11. Brustwirbels und gibt einen kurzen Ueberblick über die 9 bisher in der Literatur bekannten Fälle desselben Leidens, um auf Grund dieser Beobachtungen die bisherigen Kenntnisse über Aetiologie, Pathogenese, Symptomatologie, Verlauf und Therapie der seltenen Krankheitsform zusammen zu fassen. **Buccheri**-Palermo.



23) **Gauvain.** The mechanical Treatment of spinal caries. (Lancet, March 4. 1911.)

Splints and Hyper-extension in spinal Caries.

Die Vernachlässigung der konservativen Behandlung der Spondylitis in England erklärt Verf. aus den zeit- und platzraubenden Methoden, die in keinem Hospital die Kranken bis zur Ausheilung behalten liessen. In dem Hospital in Alton in Hampshire sind deshalb speziell Betten reserviert für Kinder mit Spondylitis und ein einmal aufgenommener Patient wird nicht entlassen und darf nicht entlassen werden, bis seine Krankheit „arrested" oder geheilt ist. Die Behandlung wird unter idealen Bedingungen durchgeführt und mit in erster Linie darauf Wert gelegt, dass Deformitäten möglichst vermieden oder ausgeglichen werden. Beschreibung des dort angewendeten Lagerungsapparat für Ruhigstellung und Hyperextension, der dem in Berk-sur-Mer gebräuchlichen in Idee und Form mit gewissen Modifikationen nachgebildet ist und dem Patienten ermöglicht, sich in demselben auch in vertikaler Lage zu halten.

Mosenthal-Berlin.

24) **Plagemann.** Monströse Lordose der Brust- und Lendenwirbelsäule im Gefolge von Spina bifida lumbodorsalis. (D. Zeitschr. f. Chir. 110, 1—3.)

19 Jahre altes Mädchen. Im Röntgenbilde ferner hochgradige Knochenatrophie der Unterextremitäten. **Landwehr**-Heidelberg.

25) **Hubert Armstrong.** Cranial asymmetry due to posture causes. (Lancet. 4. March 1911.)

Abgesehen von intrauterin entstandenen Ursachen entsteht abnorme Schiefheit des Kopfes ausser durch die bekannten Ursachen auch dadurch, dass durch Stillen des Kindes an immer derselben Mamma (Mastitis auf der anderen Seite) ständig mechanische Druckverhältnisse auf den weichen Schädel einwirken. Diagramme erläutern die verschiedenen Kopfasymmetrien, die durch das Schwergewicht resp. Druck bei Rhachitis, Torticollis und einseitiges Stillen verursacht werden. **Mosenthal**-Berlin

26) **Fitzwilliams.** A case of congenital absence of the Pectoral muscles in a girl, aged 13 years. (Lancet 4. March 1911.)

Beide Pectoralmuskel fehlen links. Der vordere Wall der Axilla bestand nur aus einer Hautfalte. Die linke Scapula in



Flügelstellung, obwohl Trapezius und Serratus magnus normal erschienen. Keine weiteren Abnormitäten. **Mosenthal**-Berlin.

27) **Georg Müller** (Berlin). Ein Fall von angeborenem Defekt des rechten Musculus sterno-cleido-mastoideus, (Mit 1 Abb. Med. Klinik 1911. No. 27, S. 1043.)

8jähriger, ohne Kunsthilfe 3 Wochen zu früh geborener Knabe. In der Familie keine ähnliche Missbildung. Eine Halsgeschwulst bestand nicht, das Schiefhalten des Kopfes nach links und die Drehung fiel sofort nach der Geburt auf. Ausserdem bestand eine linksseitige Lähmung des Mundes, die durch Elektromassage bald beseitigt wurde.

Wegen vollständigen Fehlens des rechten Sternocleido wurde der verkürzte linke nicht myotomiert, sondern eine zwei Jahre lang dauernde rein orthopädische Therapie führte schliesslich auch zum Ziele.

Gegenwärtig besteht ausser dem besprochenen Defekt noch eine unvollkommene Entwickelung des rechten Trapezius, dessen oberes Bündel schwächer ist und dessen unteres fehlt. Veranlasst wird dies durch den Ausfall des rechten N. accessorius. M. nimmt zur Erklärung dessen idiopathischen Kernschwund eines Accessoriuskernes an. Der Kopfnicker war infolgedessen nur unvollkommen entwickelt und schon vor der Geburt wieder vollkommen zugrunde gegangen. **Natzler**-Heidelberg.

28) **Rittershaus**. Freie Fascienüberpflanzung zur Deckung eines Bauchwanddefektes. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 110.)

Von chir.-orthop. Interesse ist die Veröffentlichung durch die Grösse des der Fascia lata entnommenen Lappens. Es handelte sich ebenso wie in einem von Riese (Fr. Vereinigg. der Chir. Berlins, Bericht Münch. med. Woch. 1911, 30) erfolgreich operierten Falle um einen Defekt von Handtellergrösse. **Landwehr**-Heidelberg.

29) **Max Cohn**. Zur Frage des sogenannten Schulterhochstandes. (Berl. klin. Woch. Nr. 25, 1911.)

Bei einem Mädchen mit Schulterblatthochstand fand sich zwischen 6. und 7. Halswirbel links ein Wirbelkeil. Infolgedessen steht durch Zug des Levator scapulae auf dieser Seite das Schulterblatt höher. In einem anderen Falle mit Hochstehen des linken Schulterblatts fand sich neben Verschmelzung dreier Lendenwirbel miteinander eine Asymmetrie in der Anlage der Halswirbelsäule, Keilwirbel, ungleichmässige Wirbelkörperformen usw.



Die ersten beiden Rippen waren nur rechts vorhanden, während links nur Querfortsätze zu sehen waren. Ausserdem fanden sich Gabelrippen und Gelenke zwischen mehreren Rippen vor.

Hohmann-München.

30) **Habermann.** Ueber Ursache und Bedeutung des Skapularkrachens. (Berl. klin. Woch. Nr. 14, 1911.)

Die eingehende Arbeit aus der Küttnerschen Klinik teilt diese Fälle nach Küttner nach ätiologisch-anatomischen Gesichtspunkten wie: das Geräusch entsteht 1. durch zwischengelagerte Schleimbeutelhygrome, 2. durch Schwund bezw. Usur der zwischenliegenden Weichteile, der Muskeln, 3. durch abnorme Vorsprünge an Rippen oder Skapula. In den Schleimbeutelhygromen befinden sich oft viele Corpora oryzoida, sie kommen bei Berufsschädigungen häufiger vor. Muskelatrophie findet sich besonders am Subscapularis und Serratus major. Bei Serratuslähmungen aber wurde das Krachen nie beobachtet, wohl wegen des flügelförmigen Abstehens der Schulterblätter. Das Vorkommen des Geräusches bei Phthisikern dürfte auf den durch die Kachexie bedingten Schwund des Fett- und Muskelgewebes zurückzuführen sein. Veränderungen der Rippen und Scapulae durch Frakturen gehören unter die Gruppe 3 der Ursachen. Ebenfalls tuberkulöse Caries oder luetische periostitische Verdickungen der Rippen. Eine Umbiegung des margo superior scapulae lag bei einem Falle Küttners vor. Durch die Resektion desselben trat Heilung ein. Tumoren sind häufig die Ursache. Es werden zwei Fälle von kartilaginären Exostosen beschrieben, die reseziert wurden, wodurch das Leiden beseitigt wurde.

Hohmann-München.

31) **Dohan** (Wien). Ein Fall von zentralem „käsigen Sequester". (Fortschr. auf dem Geb. der Röntgenstr. 1911. Bd. XVII, 3. S. 162. 1 Fig.)

Ein solcher fand sich bei einem 9 jährig. Knaben mit einer Ankylose des Schultergelenkes. Es sass im oberen Drittel des Humerus, an der Stelle, wo öfters kariöse Prozesse latent verlaufen. Als Endprodukt eines solchen ist der käsige Sequester anzusehen. Im Gegensatz zum akuten osteomyelitischen Knochensequester ist er gewöhnlich im Knochenmark der Epi- und Metaphyse lokalisiert. Ausserdem zeigt bei ihm die Umgebung des Krankheitsherdes oft gar keine Reaktionserscheinungen. Die Gestalt ist meist kegelförmig mit der Basis gegen die Diaphyse oder doppelkegelförmig, wie in dem von D. beschriebenen Fall.



Nach D. wären bei zentralen Schattenherden in anderen Fällen noch zu erwägen: Echinokokkus mit vereitertem und nachher verkreidetem Inhalt, eine ebenso veränderte monolokuläre Zyste, verkalkte Tumormetastasen oder ein Resorptionsprozess nach Typhus mit Einlagerung von Kalksalzen. **Natzler**-Heidelberg.

32) **Bircher** (Aarau). Ein Beitrag zum Humerus varus cretinosus. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr 1911. XVI, 5. S. 325. Mit 3 Radiogrammen und 11 Textfig.)

Die Deformität hat B. schon früher (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 96) als ein Pendant zur Coxa vara beschrieben. Das augenfälligste Symptom liegt in der Abwärtsbiegung des Humeruskopfes. Tuberculum majus hauptsächlich, aber auch Tub. minus treten demgemäss in die Höhe. Die Biegung sitzt im Bereich des collum anatomicum (nicht, wie Riedinger in einem Fall beobachten konnte, des coll. chirurgicum). Da durch das coll. anatom. die Epiphysenlinie geht, so ist die Feststellung wichtig wegen der Rolle, welche die Epiphysenlinie beim Humerus varus spielen muss. Als Ursache spricht B. statische Missverhältnisse an.

Wahrscheinlich wirkt das späte Gehen und Stehen der Kretinen mit; beim Kriechen ist die Körperlast eben anders verteilt. Abnorme Weichheit der Knochen, Muskelzug des Deltoideus, der beim Kriechen sehr beansprucht wird, und wohl noch andere Momente spielen mit. Die Verdrehungen der Humerusdiaphyse — im oberen Ende nach innen, im unteren nach aussen — entstehen durch die ulnare Abduktion der Hand beim Kriechen.

Um arthritische Veränderungen handelt es sich beim Humerus varus cretinos. nicht, wie B. auch röntgenologisch nachgewiesen hat.

B. bringt im Weiteren eine Tabelle von 36 Beobachtungen, bei denen er Neigungs- und Richtungswinkel bestimmte. Der erstere schwankt zwischen 106—190°, der letztere zwischen 23—80°.

Als einziges klinisches Zeichen, das aber auch nicht in allen Fällen gefunden wurde, ist die manchmal vorhandene Beschränkung in der Elevation bei hochgradigem Hum. var. anzusehen. Es steht dabei dem Tubercul. majus ein Widerstand durch das Acromion oder Ligament. coraco-acromiale entgegen. Die Bewegungsbeschränkung in nur einer Richtung spricht übrigens auch gegen arthritische Veränderungen.

Bei der anatomischen Beschreibung der Präparate ist von Interesse, dass osteoporotische Prozesse nicht beobachtet wurden, vielmehr eher osteosklerotische.



Zum Schlusse bringt B. noch eine Systematik für den Humer var. im allgemeinen:

1. Humerus varus traumaticus (nach Frakturen)
2. „ „ inflammatorius (infolge Arthritis) (Riedinger)
3. „ „ infolge Wachstumsstörungen
   a) rachiticus (Riedinger)
   b) cretinosus (Bircher)
   c) chondrodystrophicus
   d) beim Zwergwuchs.
4. „ „ infolge Tumorbildung
   a) sarcomatosus (Bircher)
   b) carcinomatosus (?)
   c) chondromatosus (?)

Natzler-Heidelberg.

33) **H. Zuppinger** (Zürich). Die Torsionsspannung im Oberarm. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 73. Bd. 3. H. S. 739.)

Wie man sich stets am eigenen Arm überzeugen kann, entspricht jeder Stellung des Oberarmes zwischen vollkommener Adduktion und rechtwinkliger Abduktion eine bestimmte Rotationsstellung, zugleich im Vorderarm, wenn nicht das Gefühl der Spannung entstehen soll. So entspricht der vollkommenen Adduktion des Armes eine Elevation des Vorderarmes von 30°, und einer Abduktion des Oberarmes von 90° eine Elevation des Vorderarmes von ebenfalls 90°. Am gebrochenen Arm macht die Einwärtsrotation des Vorderarmes keine Torsionsspannung, sondern eine Rotation der Fragmente gegen einander. Es ist also bei jeder Fraktur vom Collum anatomic. bis zum Ellbogengelenk darauf zu achten, dass die Rotationsstellung des Vorderarmes eingehalten wird, die keine Torsionsspannnng erzeugt. **Balsch**-Heidelberg.

34) **Grune.** Beitrag zur Behandlung der Oberarmfrakturen mittels Gewichtsextension. (D. Zeitschr. f. Chir. 110, 1—3.)

Der Stiefelzug nach Rücker, wertvoll, wie auch die Nagelextension, wenn es gilt, ein kurzes peripheres Fragment zu fassen, wird für hochsitzende Oberarmfrakturen empfohlen.

Landwehr-Heidelberg.

35) **Roloff** (Nordhausen). Ein Fall von Abriss der langen Bizepssehne. (D. Zeitschr. f. Chir. 1911. Bd. 109, S. 614.)

Kasuistischer Beitrag. Bei einem 54 jähr. Mann, der seit drei



Wochen über Schwäche im rechten Arm und in der Schulter klagte, fand sich das „charakteristische Bild des nach unten gesunkenen lateralen Bizepskopfes, der bei Flexion des Ellbogens abnorm kurz und dick hervortritt, ohne sich hart zu kontrahieren." Die Operation ergab eine teilweise heftig entartete Bizepssehne. Sie wurde im Sulcus intertubercularis wieder festgenäht. Glatte Heilung. Arm schliesslich 30° über die Horizontale beweglich. Ca. 10 Monate später erneuter Abriss der Sehne.

Der Mann bekam 30 % Rente, da ein Unfall angenommen wurde. Nachträglich kam R. (mit Ledderhose) zu der Ueberzeugung, dass doch gewöhnlich chronisch-arthritische Prozesse vorliegen, die auf die Sehne einwirken, Degeneration veranlassen und so die Möglichkeit einer Ruptur ohne direktes Trauma schaffen. Die Rente würde also zu Unrecht bezogen. **Natzler**-Heidelberg.

36) **Krüger** (Jena). Ueber Spornbildung am Olecranon. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. Bd. 73 2. H. S. 420.)

Nicht allzuselten findet sich am Olecranon eine Sporn-artige Bildung, die in vieler Beziehung Analogien zum Calcaneussporn aufweist. In der Mehrzahl der Fälle ist der Olecranonsporn für den Träger bedeutungslos. In manchen Fällen aber kann er durch rezidivierende Bursitis olecrani oder durch gelegentliche Fraktur Bedeutung gewinnen. Anatomisch erwies er sich als eine Verknöcherung der am weitesten nach aussen ansetzenden Teile der Tricepssehne. Dafür, dass der Sporn aus präformiertem Knochengewebe entstehe, konnte Verf. keinerlei Gründe finden, wenn auch das Olecranon in manchen der Fälle eine mehr rechtwinklig nach hinten ausladende Form hat. Verf. hält diese Form wohl für ein begünstigendes Moment, die Ursache aber sieht er in chronisch traumatischem Reiz in Verbindung mit regressiven Sehnenveränderungen. **Balsch**-Heidelberg.

37) **Ebstein.** Ueber angeborene, familiär auftretende Missbildungen an den Händen. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 22, 4.)

Die Ueberschriften: I. Ueber Brachymetacarpie und Verschmelzung von Metakarpalknochen bei 3 Brüdern, II. Ueber Flughautbildung bei Mutter und 4 Töchtern geben nebst Röntgenbildern den wesentlichen Inhalt der Arbeit wieder. Der Autor ist geneigt, eine Raumbeschränkung in der sonst normalen Uterushöhle ätiologisch für die Entstehung der Fingerkontrakturen anzuschuldigen.

Landwehr-Heidelberg.



38) **Richard Mühsam** (Berlin). Zur Behandlung schwerer Hand- und Fingerkontrakturen nach Sehnenscheidenentzündung. (Zentralbl. f. Chir. 1911, Nr. 29, S. 988.)

Bei einem 13jährigen Mädchen waren nach Sehnenscheidenphlegmone schwerste Hand- und Fingerkontrakturen aufgetreten. Bewegungen aktiv völlig, passiv fast völlig aufgehoben. M. operierte nach dem von Henle für ischämische Kontrakturen angegebenen Verfahren: Aus Ulna und Radius wurden je 3 cm reseziert, aus dem Radius treppenförmig nach Hahn, aus der Ulna glatt. Dort wurde mit Draht genäht, hier nur einige Periostnähte mit Catgut gemacht. Nach der Operation liessen sich Hand und Finger (bis auf den kleinen Finger) bequem strecken. Glatte Wundheilung, langsame Konsolidation. Behandlung im Schalengipsverband. $1^1/_4$ Jahre p. op. können mit der Hand alle feinen Arbeiten verrichtet werden. Handgelenk bei gestreckten Fingern bis 160° streckbar; bei gebeugten Fingern kräftige Dorsalflexion möglich. Seit dreiviertel Jahren geringe, aber stationär gebliebene Verkürzung der Sehnen.

Natzler-Heidelberg.

39) **A. Nast-Kolb** (Stuttgart). Ueber seltenere Handwurzelverletzungen im Röntgenbilde. (Bruns Btrge. z. kl. Chir. 73. Bd. 3. H. S. 619.)

Verf., der das reiche Material des Katharinenhospitals in Stuttgart einer Durchsicht unterzogen hat, fand unter 95 Radiusfrakturen 3 mal Mitverletzung von Handwurzelknochen, eine Naviculare- und 2 Triquetrum-Frakturen. Das os lunatum war keinmal beteiligt, isolierte Lunatumfraktur ist dagegen häufiger. Die seltenste Handwurzelfraktur ist die des os hamatum, als direkte Kompressionsfraktur. Die Luxation des os lunatum ist nach Verf.s Ansicht, der darin mit Kienböck's neuesten Untersuchungen übereinstimmt, seltener als bisher angenommen wurde, es ist der Befund häufiger als perilunäre Luxation der anderen Carpalia dorsalwärts zu deuten, was besonders durch seitliche Röntgenogramme der Handwurzel geklärt wurde. Kombination mit Navicularefraktur ist in solchen Fällen nicht selten.

Balsch-Heidelberg.

40) **Wollenberg**. Knochenzyste im Os naviculare. (Berl. klin. Woch. Nr. 14, 1911.)

Im Anschluss an die vor allem von Preiser beschriebene Ostitis des Naviculare carpi teilt W. den Fall eines jungen Mannes mit, bei dem im Anschluss an einen vor $^1/_4$ Jahr geschehenen Fall



auf die Hand eine leichte Bewegungsstörung im Handgelenk und eine Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Tabatière entstanden war. Im Röntgenbild fanden sich normale Konturen des Kahnbeins, jedoch in seiner Mitte eine Aufhellung, neben ihr noch einige sehr kleine Herde. Das Navikulare wurde exstirpiert, bei der Operation frakturierte es. Die Heilung ging glatt von statten, der Patient blieb beschwerdefrei. In der Mitte der roten Spongiosa fanden sich weissgraue gallertige Massen und zystische Hohlräume. Die mikroskopische Untersuchung zeigte fibröses und gallertiges Mark, welches die Spongiosabälkchen verdrängt hat, sodass Hohlräume entstanden. Stellenweise fanden sich Riesenzellen, sodass das Bild eines Riesenzellensarkoms entstand. In der Nähe der Frakturstelle waren die Spongiosabälkchen nekrotisch. Es schien eine Infraktion des Navikulare bei dem Unfall vorgelegen zu haben, die nicht fest konsolidierte. Auf dieser Basis entstand eine Osteodystrophia cystica. Die Preisersche Auffassung der Entstehung des Leidens durch Abriss des dorsalen ligam. navi-triquetrum, welches das ernährende Gefäss in sich führt, teilt W. nicht, weil der Bandapparat intakt war. Dagegen tritt er seiner Meinung bei, dass es sich um einen fortschreitenden Prozess, eine rarefizierende Ostitis handelt.

Hohmann-München.

41) **Finsterer.** Beckenluxationen. (D. Zeitschr. f. Chir. 110, 1—3.)

Der Kasuistik von 21 Fällen wird 1 weiterer zugefügt: Vier Wochen bestehende Luxation einer Beckenhälfte: Verschiebung um 2,5 cm; Extensionsverband (mit Kontraextension) holt die luxierte Seite völlig herab; Naht der nicht konsolidierten Symphyse. Deren Bruchlinie geht in der unteren Hälfte durch den Gelenkspalt, oben in die Knochenknorpelgrenze hinüber. **Landwehr**-Heidelberg.

42) **Sedan** et **Faucheux.** Sur les attitudes du membre inférieur dans les luxations de la hanche. (Gaz. des hôpit. 84, 83.)

Das Ligam. Bertini zwingt das obere Femurende bei der Luxation in bestimmte Bahnen, daher 4 typische Luxationsstellungen; zerreisst es, so entstehen atypische Formen; dann versagen auch methodische Repositionsmanöver. Eine recht lehrhafte Abbildung zur Veranschaulichung der Rolle des Ligamentes.

Landwehr-Heidelberg.



43) **Ludloff, K.** (Breslau). Die angeborene Hüftluxation mit besonderer Berücksichtigung der Luxationspfanne. (Ergebn. der Chir. u. Orthop. III. Bd, S. 529.)

Verf. hat in vorstehender Arbeit das, was bisher über die Anatomie der Luxationspfanne bekannt war, zusammengefasst und das Ergebnis seiner eigenen Untersuchungen an einem Sektionspräparat hinzugefügt. Das wichtigste Moment derselben ist das, dass Verf. auf die Bedeutung des Limbus hinweist. Derselbe ist bei der Luxationspfanne nach innen umgekrempelt, und die Auskrempelung desselben ist eine der wichtigsten Bedingungen für ein Gelingen der Reposition sowohl wie für die Retention. Die diagnostischen Merkmale für die nicht gelungene Limbusauskrempelung sind: Fehlen des doppelschlägigen Einrenkungsgeräusches, nur labile Festigkeit bei der Lorenz'schen Primärstellung und auf dem Röntgenbild der grössere Abstand des Kopfes vom Pfannengrund. Die übrigen Merkmale der Luxationspfanne sind: beträchtlich verminderte Tiefe, die Pfannenhöhe aber etwas vergrössert, die Breite in der oberen Hälfte verringert bis zur Dreiecksform. Die Tiefenverminderung ist bedingt durch stärkere Entwicklung des knöchernen Pfannengrundes, und gegen diese ist die unblutige Therapie machtlos, die zur Heilung nötige Vertiefung der Pfanne kann nur durch Erhöhung der Ränder herbeigeführt werden. Die Verminderung der Breite wird durch das Umlegen der Ränder bedingt, der oberste Pol wird besonders erniedrigt und bildet hier die Gleitfurche. Die Limbusauskrempelung ist umso eher zu erhoffen, je frühzeitiger die Reposition vorgenommen wird. **Balsch**-Heidelberg.

44) **Weber.** Ueber die „spastische Hüftluxation" und die Veränderungen des Hüftgelenkes bei spastischen Zuständen der unteren Extremitäten. (Münch. Med. Woch. No. 15, 1911.)

Bei 18 Patienten aus dem Langeschen Krankenmaterial mit spastischen Erscheinungen der unteren Extremitäten (Little, Idiotie mit Spasmen, Hemiplegie) stellt W. fest, dass von 30 Hüftgelenken nur 13 normal konfiguriert, 4 vollständig luxiert, 2 subluxiert waren und die übrigen Veränderungen der Kopfstellung und der Pfanne aufwiesen. Bei den luxierten Gelenken fand sich die Verdickung des Pfannenbodens, wie sonst bei der angeborenen Hüftverrenkung, nicht, ebensowenig Antetorsionen oder Sagittalstellungen des oberen Femurabschnittes. (? Fig. 15 und 18 Ref.) Die Pfannen sind flach, das Pfannendach steil, auch bei den sublu-



xierten Gelenken. In den schlecht ausgebildeten Hüftpfannen und den leichten Verschiebungen des Kopfes in der Pfanne sieht W. die Anfangsformen von Luxationen. Durch das Drängen des Kopfes gegen den oberen und hinteren Pfannenrand und die Gelenkkapsel infolge der spastischen Flexions-Adduktionskontraktur entsteht bei einer nicht normalen Hüftpfanne wie hier die Luxation, besonders wenn der formative Reiz der Funktion nicht vorhanden ist. Die Fälle mit normalen Hüftgelenken konnten auch alle mit einer Ausnahme stehen und gehen, während die anderen bisher im Bett gelegen waren. Die Steilheit des oberen Pfannenrandes, die auf früher Entwicklungsstufe physiologisch ist, bleibt durch den Wegfall normaler Funktion und die pathologische Stellung von Kopf und Pfanne zueinander dauernd zu erhalten und entwickelt sich nicht. Hüftverrenkungen bei hypertonischen Muskelzuständen nennt W. spastische Luxationen. Die Einrenkung ist in den meisten Fällen von Erfolg begleitet. **Hohmann**-München.

45) **Levy** (Breslau). Beiträge zur Frage der Coxitis, Coxa vara und sogenannten Osteoarthritis deformans juvenilis (richtiger Coxa vara capitalis). (D. Zeitschr. f. Chir. 1911. Bd. 109, S. 205.)

Die durch zahlreiche (25) Röntgenbilder und „Skizzen" erläuterte Arbeit setzt sich aus zwei Abschnitten zusammen: I. Coxitis bei Coxa vara. II. Die Beziehungen der sogenannten Osteoarthritis deformans juvenilis, richtiger Coxa vara capitalis, zur Coxa vara. Es mögen die Schlussätze des Verf. hier folgen. Zum ersten Teil:

1. Coxitis kann sich zu bestehender Coxa vara gesellen und das Bild einer Coxa vara contracta vortäuschen.
2. Im Anschluss an eine Epiphysenlösung eines tuberkulösen Individuums mit Coxa vara kann im Hüftgelenk sekundär, als dem Locus minoris resistentiae, eine Tuberkulose auftreten.
3. Vor jedem forzierten Redressement einer Coxa vara ist die eventuell vorhandene sekundäre tuberkulöse Coxitis mit Bestimmtheit auszuschliessen: Bei bestehender Lungentuberkulose soll das forzierte Redressement einer Coxa vara möglichst umgangen werden.

Zum zweiten Teil:

1. Die als Osteoarthritis deformans coxae juvenilis bezeichnete Krankheit darf nicht der gewöhnlichen Arthritis deformans an die Seite gestellt werden.
2. Sie ist bedingt durch Zerstörung im Bereich der Epiphysenfuge analog der Coxa vara.



3. Die klinischen und anatomischen grossen Aehnlichkeiten dieser beiden Erkrankungen rechtfertigen die Benennung Coxa vara capitalis an Stelle von Osteoarthritis deformans coxae juvenilis.
4. Ein grosser Prozentsatz von ossalen Hüftgelenkstuberkulosen, die mit normaler oder sehr guter Beweglichkeit ausgeheilt sind, ist in Wirklichkeit keine Tuberkulose, sondern eine Coxa vara capitalis gewesen. **Natzler**-Heidelberg.

46) **Sigmund Gara**. Ein Abdominaldrucksymptom der Ischias. (Deutsche med. Woch. Nr. 16, 1911.)

G. gibt ein neues objektiv festzustellendes Symptom bei Ischias an, das er unter 124 untersuchten Fällen nur 6 mal nicht finden konnte, einen Schmerz, der auf Druck „in der Nabellinie, fingerbreit unterhalb des Nabels und in gleicher Höhe zweifingerbreit neben der Nabellinie“ auf der erkrankten Seite durch Druck der Fingerspitzen senkrecht gegen die Wirbelsäule zu ausgelöst werden kann. Auf der gesunden Seite fehlte diese Erscheinung. Diese Stellen entsprechen an der Wirbelsäule der Gegend des letzten Lendenwirbels, des ersten Kreuzbeinwirbels und seitlich den Nervenwurzeln, die aus den Foramina intervertebralia austreten und sich mit dem Plexus ischiadicus vereinigen. Ueberhaupt weist bei Ischias der letzte Lendenwirbeldornfortsatz oft einen Druckschmerz auf. Der Krankheitsherd bei der Ischias dürfte in den Plexus und die Wurzeln zu verlegen sein. Im allgemeinen klagen Ischiatiker nicht über Abdominalschmerzen, solange der intraabdominale Druck sich im Gleichgewicht befindet. Anders bei zunehmendem Druck, z. B. bei Obstipation, hier lastet der gefüllte Dickdarm auf dem Plexus, oder bei plötzlichem Stoss, Niesen, Husten, Gravidität. Bei der Untersuchung soll sich der Kranke in Rückenlage befinden, die palpierenden Finger sollen senkrecht zur Wirbelsäule in die Tiefe gehen. **Hohmann**-München.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

47) VI. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft. Rom, 7. April 1911.

Codivilla. Sul trattamento delle paralisi spastiche.

C. hebt hervor, dass im Gegensatz zu der Ansicht Försters die peripheren Operationen an Sehnen und Muskeln eine beruhigende Wirkung auf den spastischen Zustand und die denselben begleitenden Erscheinungen ausüben.

Seit 1900 hat er nachgewiesen, dass die Sehnenüberpflanzungen eben aus diesem Grund die unfreiwilligen Bewegungen der Spastiker zum Verschwinden



brachten; er glaubt somit, dass im Gegensatz zur Ansicht Försters diese Operationen mit den Resektionen der hinteren Wurzeln konkurrieren.

Weitere Erfahrungen bestätigen die früheren Angaben Codivillas inbezug auf diesen Eingriff, nämlich dass die Muskeln nach ausgedehnten hinteren Radikotomien in ihrer Ernährung Not leiden und dass die Förster'sche Operation nur in den Fällen ausgeführt werden darf, in denen das paretische Elemente nicht allzu ausgeprägt ist.

Die Indikation zur Radikotomie würde nach Codivilla in jenen Fällen bestehen, in denen die Bewegung durch einen starken, auf die verschiedenen Muskelgruppen der Gliedmassen verallgemeinerten Spasmus speziell behindert ist.

Wenn der Eingriff aus diesem Grund weniger gefährlich werden kann werden sich die Indikationsgrenzen desselben bedeutend ausdehnen. Er glaubt zu diesem Resultat dadurch beigetragen zu haben, dass er das Operationsfeld in die Region der lumbalen Anschwellung verlegte, wo er mit Hülfe von anatomischen Untersuchungen das Gebiet einer jeden Wurzel hat bestimmen können.

Die Resektion wird an den einzelnen Bündeln vorgenommen, welche aus dem Mark austreten, und zwar partiell für die verschiedenen Wurzeln.

Ein besonderes Bett erlaubt an der in Kyphose befindlichen Wirbelsäule zu operieren, und macht dadurch, dass sie konstant die grösstmögliche Hochlagerung der genannten Region ermöglicht, den Verlust an Zerebrospinalflüssigkeit zu einem minimalen; es werden so die Gefahren des Shok beseitigt. Die letzten drei von Codivilla in dieser Weise operierten Fälle haben einen idealen Verlauf gehabt.

v. Putti. Le plastiche nervose nella cura delle deformità paralitiche

Putti hat in einem Abstand von ca. 5 Jahren die beiden von Spitzy auf dem orthopädischen Kongress zu Bologna operierten Fälle nachuntersucht.

Im ersten Fall (poliomyelitische Lähmung des Peroneus) ist der Erfolg absolut gleich Null gewesen. Im zweiten ist der Erfolg ein guter gewesen, insofern die Patientin willkürlich sämtliche vom Radialis abhängigen Bewegungen ausführen kann, aber sowohl die Muskeln wie der N. radialis und der Medianus bleiben unempfindlich gegen den elektrischen Reiz. Die bereits von Duchenne verzeichnete Erscheinung ist in dem speziellen Fall von Interesse, weil sie seit 4 Jahren fortdauert.

Auch Redner hat einen Fall von spastischer Hemiplegie infolge Diphtherie mit Ueberpflanzung eines Stückes des Medianus auf den Radialis operiert. Der Ausgang ist wenig befriedigend gewesen, nur in der Supination ist eine Besserung erhalten worden.

A. Guaccero. Il Pio Istituto Chirurgico Ortopedico in Triggiano.

Seit wenigen Monaten ist in Triggiano (Prov. Bari) eine orthopädisch-chirurgische Anstalt eröffnet worden. Dieselbe verfügt über mehr als 100 Betten. Die Anstalt ist aufs beste in jeder Hinsicht eingerichtet und die bisher erzielten Resultate sind sehr beachtenswert.

R. Galeazzi. Sulla cura delle paralisi spastiche.

Redner hebt die Bedeutung Codivillas bei den Studien hervor, die Förster zur Resektion der hinteren Wurzeln geführt haben.



G. Sangiorgi. Fissazione ed artrodesi nel piede paralitico.

In einer erheblichen Anzahl von Fällen ist im Istituto Rizzoli zu Bologna die Fixierung des Fusses sowohl mittels der Weichteile wie mittels der Arthrodese ausgeführt worden. Redner legt die Grundgedanken dar, durch die sich die Wahl des einen oder des anderen Behandlungsmittels leiten lassen muss. Die tendinöse Fixierung wird sowohl bei vollständiger Lähmung sämtlicher Muskelgruppen wie bei partieller Lähmung vorgenommen. Inbezug auf das Alter empfiehlt er sie bei Kindern bis zu 8—10 Jahren vorzunehmen, zuweilen unter Verstärkung der wenig widerstandsfähigen Sehnen durch homoplastische oder autoplastische Sehnenüberpflanzungen oder durch Fascienstreifen, nicht durch Seidenfäden nach Lange. Besteht Deformität des Fusses, so wird zuerst die Deformität mit Hülfe von speziellen Apparaten korrigiert. Selten hat er zur Exstirpation von Knochenkeilen gegriffen Sodann beschreibt er die Technik der tendinösen Fixierung. Weiterhin bespricht er die Arthrodese und die im Istituto Rizzoli bei ihrer Ausführung benutzte Technik und geht auf die neuen von Lexer und Bade angewendeten Methoden ein. Er gibt jedoch stets der tendinösen Fixierung und der Arthrodese den Vorzug und bemerkt, dass beide Fixierungsmethoden vorzügliche Resultate geben, wenn sie in den für die eine oder andere dieser Behandlungsmethoden indizierten Fällen ausgeführt werden.

Anzilotti. Sopra una deformità del polso tipo Madelung.

Es handelt sich um einen Knaben, welcher eine offene Luxation des Ellenbogengelenkes mit Nerven- und Muskelläsionen erlitt. Es folgte darauf eine Eiterung und dann eine Muskelschrumpfung der Flexoren des Vorderarmes infolge der Narbenschrumpfung und einer Parese der dorsalen Gruppe. Nach einigen Monaten bildete sich eine Verkrümmung des unteren Endes des Radius heraus mit Subluxation des unteren Endes der Ulna, wie es bei der Madelung'schen Deformität der Fall ist. Es bestanden die Merkmale einer Deformität zweiten Grades nach der Klassifikation von Burnier und Neveux. Doch ist die Art und Weise des Auftretens verschieden gewesen von derjenigen, welche in den anderen Fällen beobachtet wird; gibt uns aber wichtige Aufklärungen, welche auf die pathogenetische Deutung anderer Fälle angewendet werden können. In dem fraglichen Fall stützt sich die Pathogenese auf Knochenalterationen infolge alterierten Trophismus, auf denen das dynamische Element, dargestellt durch die Schrumpfung der Beuger und die ausgeprägte Parese der Strecker, Fuss gefasst hat. Man bekäme somit eine Zugwirkung palmarwärts im Unterschied zu dem, was in anderen Fällen Putti und Benneke gefunden haben, nämlich eine artikuläre Surmenage im Sinne dorsaler Beugung. In der Aetiologie der Deformitäten vom Typus Madelung hat man eklektisch zu sein und ist, ohne zu verallgemeinern, der einen oder anderen Erscheinung je nach den Umständen Bedeutung beizumessen.

Codivilla. Resezione del terzo superiore dell'omero.

Vor einem Jahr und vier Monaten hat C. wegen eines Sarkoms der oberen Epiphyse des Humerus, das in das Gelenk durchgebrochen war, ungefähr die obere Hälfte des Humerus und den Körper der Scapula mit Muskeln und paraartikulären Weichteilen entfernt. Die Muskeln, welche Ansatz an dem Rabenschnabelfortsatz erhielten, wurden auf das mittlere Drittel des Schlüsselbeines überpflanzt, von dem das äussere Drittel exstirpiert worden war. Ein dicker



Stab von über 20 cm Länge wurde aus der Tibia präpariert und an die Stelle des Humerus gesetzt. Mittels zweier Drahtligaturen wurde er stabil an dem Schulterblatt und in der gleichen Weise an dem unteren Stumpf des Humerus fixiert.

Es trat kein Rezidiv ein, und die Person konnte sich vier Monate später ihres Armes bedienen, indem auch das Heben desselben durch von dem Schulterblatt aus übertragene Bewegungen möglich war.

Sechs Monate darauf brach der überpflanzte Stab in seiner Mitte und es entstand so eine Nearthrose. Die Radiographie zeigt, dass dies der Punkt minoris resistentiae war. Die dem normalen Knochen benachbarten Teile haben sich verdickt und an dieser Verdickung haben die Ossifikationselemente des Knochens teilgenommen.

Der Fall belehrt uns über die Notwendigkeit, dass die Ueberpflanzung dick und resistent und nicht übermässig lang zu sein hat.

Der Operierte bedient sich nichtsdestoweniger zur Zufriedenheit seines Armes.

Dalla Vedova. Contributo alla conoscenza delle ossificazioni da trauma (e specialmente di quelle consecutive alle lussazioni posteriori del gomito).

Dalla Vedova teilt einen Fall von multiplen knöchernen Neubildungen nach Luxation des Ellenbogens nach hinten mit und hebt den doppelten (periostalen und myositischen) Ursprung dieser Bildungen hervor, wobei er vor allem auf die Bedeutung der Periostschädigungen für die Pathogenese dieser Lokalisation und diese Aetiologie der Neubildung aufmerksam macht.

Er bespricht den Verlauf, die diagnostische, prognostische Bedeutung der Neubildung an und für sich und als Grund einer reservierteren Prognose der Luxationen des Ellenbogens, auch wenn dieselben beizeiten erkannt und reponiert werden. Schliesslich betont er die Notwendigkeit der konservativen Behandlung und der grössten Beschränkung der mechanisch-therapeutischen Massnahmen.

Anzilotti hat in verschiedenen Fällen von Luxation des Ellenbogens nach hinten zwei mal knöcherne Neubildungen im Niveau des vorderen Teiles des Gelenkes beobachtet. In dem einen Fall wurde die Reposition spät vorgenommen und war eine mühsame, in dem anderen wurde die Reposition sofort gemacht und war eine leichte. In beiden Fällen wurde vollkommene Heilung erhalten. Jeden blutigen und mechanisch-therapeutischen Eingriff widerrät er.

Nicoletti. Piede piatto traumatico bilaterale.

Redner legt die Photographien und Radiographien eines 18jähr. Mädchens vor, das vor 1½ Jahren aus einer Höhe von ca. 15 Meter auf beide Füsse gestürzt war und als einfache Kontusionen der beiden Fusswurzeln diagnostizierte Verletzungen erlitten hatte, die durch blosse temporäre Immobilisierung beider Füsse behandelt wurden. Da sich in der Folge schwere schmerzhafte Störungen namentlich beim Stehen und Gehen bemerkbar gemacht hatten, wendete sich Pat. an den Redner, welcher sofort die vorausgegangene Fraktur der Knochen des Tarsus auf beiden Seiten argwöhnte (was durch die Radiographie bestätigt wurde). Es wurde deshalb zur beiderseitigen keilförmigen Resektion des Skeletts der Fusswurzeln geschritten und dadurch Pat. einer vollständigen Heilung zugeführt. Redn. empfiehlt dringend die systematische radiographische



Untersuchung der traumatischen Läsionen (ohne äussere Verletzung) der unteren Extremität zur Verhütung der schweren Deformitäten, welche zuweilen daraus entstehen können.

Nicoletti. L'artrite deformante dell'anca.

Redn. hat im verflossenen Jahre drei Fälle von typischer Deformation des Femurkopfes und zwar alle auf der linken Seite mit Resektion operiert und hebt die Verschiedenheit der Aetiologie der fraglichen Deformität hervor, welche in einem der Fälle deutlich mit einem früheren polyartikulären Rheumatismus, im zweiten mit einer anfangs verkannten und dann durch die radiographische Untersuchung nachgewiesenen Fraktur des anatomischen Halses in Zusammenhang stand und im dritten nur auf trophische Störungen, wahrscheinlich in Zusammenhang mit schwerer Arteriosklerose, zurückzuführen war.

In jedem Fall (und auf diese Eigentümlichkeit legt Nicoletti besonderen Nachdruck) waren die schwersten trophischen Läsionen zu Lasten der zervikalen Portion (was übrigens bereits von der Mehrheit der Autoren, welche mit diesem Leiden Vertrautheit haben, verzeichnet worden ist).

Es ist dies der Grund, weshalb Redn. nicht an die Möglichkeit einer konservativen Operation und umsoweniger an die Anwendung eines Plastikverfahrens dachte, welche er im Falle von wahrer Arthritis deformans für unausführbar hält.

Galeazzi. Sulla cura incruenta della lussazione congenita dell'anca

Galeazzi berichtet über die Erfolge, die in 25 Fällen von angeborener Hüftgelenksluxation mit der unblutigen Behandlung oder mit der einfachen Detorsion des oberen Femurendes erzielt wurden.

Er beschreibt die Behandlung in ihren Details und illustriert durch radiographische Projektionen auch die Heilungen sowohl bei einseitiger wie bei beiderseitiger Luxation. Weiter steckt er die Indikationen und Grenzen dieser neuen Repositionsmethode der angeborenen Luxation, welche als physiologische bezeichnet werden könnte, ab. Schliesslich hebt er die Bedeutung hervor, welche, falls seine Resultate bestätigt und seine Deutung akzeptiert würde, die Theorien erlangen würden, die namentlich seit den Untersuchungen von Le Damany der Antetorsion des Femur einen hohen pathogenetischen Wert beimessen.

Codivilla. Osteoplasia cuneiforme.

Kruckenberg hat bereits vor längerer Zeit die Ueberpflanzung des Keiles aus der konvexen auf die konkave Seite beim schweren Genu valgum ausgeführt. Codivilla hat nach ihm dasselbe in einem Fall von starker seitlicher Abweichung bei der postoperativen Ankylose nach Resektion des Kniegelenkes getan.

Er hält den Transport des Keiles nicht für leicht bei Ankylose in Flexionsstellung. Grosse Vorteile hat er in solchen Fällen dadurch erzielt, dass er eine scharnierartige Osteotomie in der Linie der alten Resektion selbst machte.

Die Korrektur wird unter der Bedingung erzielt, dass von dem Femur die Narbengewebe abgelöst werden und in den schwereren Fällen nach der Osteotomie mit Hülfe eines etappenweisen Redressements korrigiert wird.

Ausnahmsweise hat er den Zug am Knochen mit Hülfe des Nagels am Kalkaneus vorgenommen.

Die Eingriffe, welche an der Spitze der Abweichung vorgenommen werden, hält er für rationeller und besser korrigierend als die augenblicklich in grossem Ansehen stehenden paraartikulären Osteotomien. **Buccheri**-Palermo.



48) **Wolfsohn.** Berliner med. Gesellsch. 26. IV. 11. (Ref. M. med. W. 1911, Nr. 18.)

O s t é o a r t h r o p a t h i e h y p e r t r o p h i a n t e. Kolbenartige Verdickung der Endphalangen mit grossen gebogenen Nägeln. Auftreibung der unteren Epiphysen des Vorderarms und Unterschenkels. Spindelförmige Auftreibung der rechten Clavicula. Kein Hypophysentumor, keine Akromegalie. Aetiologie Lues oder eitrige Prozesse. B a m b e r g e r-Wien hat das Bild zuerst beschrieben.

Hohmann-München.

49) **Scalone, J.,** (Neapel). I l b a c t e r i u m c o l i n e l l a p a t o g e n e s i d e l l e o s t e o m i e l i t i c r o n i c h e r e c i d i v a n t i. (Gazzetta internazionale di medicina, chirurgia ecc. 1911, Nr. 19 und 20.)

Verf. teilt einen klinischen Fall mit, bei dem er in dem Segment der Diaphyse der Tibia, wo der Sitz eines alten Herdes war, über 20 Jahre nach dem ersten Auftreten in dem Herd selbst das Bacterium coli noch lebens- und entwicklungsfähig und einer Steigerung seines pathogenen Vermögens zugängig fand. **Buccheri**-Palermo.

50) **A. E. Garrod.** Royal Society of Medicine 24. I. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 18.)

A u s k u l t i e r e n v o n G e l e n k e n. Mit zweiarmigem Stethoskop, mit Gummikappe am distalen Teil, um Abrutschen zu vermeiden. Normales Gelenk: beim Bewegen keine Geräusche, ausser dem physiologischen Knacken = Vakuumerscheinung. Bei Synovitis kein Bewegungsgeräusch, solange Erguss vorhanden ist; im späteren Stadium charakteristisches Knittern, wie bei chirurgischem Emphysem. Bei Osteoarthritis hört man sehr prononzierte Laute.

Hohmann-München.

51) **Nösske.** Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde Dresden. 11. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 21.)

O s t e o m y e l i t i s d e r E p i p h y s e n d e r l a n g e n R ö h r e n k n o c h e n. Zur Ausheilung oft sehr langwieriger Eiterung der Knochenhöhlen bei Epiphysenosteomyelitis kleidet N. die Höhle mit einem Hautperiostmuskellappen aus, um die Höhlenwand zu epithelisieren. Um Retention von Sekret zu vermeiden, spaltet er den Lappen in der Längsrichtung. Bei dieser Methode erfolgt wesentlich schnellere Ausheilung. **Hohmann**-München.

52) **Nösske.** Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde Dresden. 11. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 21.)

O s t e o m a l a z i e m i t S p o n t a n f r a k t u r e n. 25jähr. Mann mit Zeichen alter Rachitis. Seit 16. Jahr erneut an Knochenverbiegungen erkrankt. Drei Spontanfrakturen der Oberschenkel, danach hochgradige Verbiegungen der Femora, darauf spiralige Tibiaverkrümmungen. Seit 1908 unfähig zu gehen. 4 Osteotomien korrigieren die Deformierungen: Dünne Kortikalis, blassgelbes Mark. Pat. geht jetzt in Schienen. Phosphorleberthran versagte, Thyreoidinkur besserte Anämie und Schwäche deutlich. **Hohmann**-München.

53) **Ewald.** Aerztlicher Verein Hamburg 9. V. 11. (RefM.ünch. med. Woch. 1911, Nr. 21.)

S p o n t a n f r a k t u r b e i S y r i n g o m y e l i e. Ohne vorangegangenen Unfall bei der Arbeit. Daneben bestand hochgradige Arthropathie des Ellenbogengelenkes mit ossifizierender Myositis. **Hohmann**-München.



54) **Körber.** Aerztl. Verein Hamburg 25. IV. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 18.)

Nagelextension (erscheint als Originalarbeit).

Diskussion: Lauenstein: Nur in 10 Fällen Körbers fand völlig glatte unkomplizierte Heilung statt: Infektionsgefahr und Nekrosen der Bohrlöcher, Gelenkversteifungen, lange Behandlungsdauer (in glatten Fällen 72, 5 Tage im Hospital, in ungünstigen 147 Tage!)

Deutschländer: Nagelextension ist Ausnahmeverfahren, bei Versagen anderer Methoden. Infektionsgefahr gering (1 mal bei 18 Fällen), nicht zu lange liegen lassen! Indikation soll auch Mobilisierung schwerer Gelenkversteifungen sowie Adaption von Fragmenten ohne Angriffspunkt umfassen. —

Dreifuss: Nur bei schweren komplizierten Frakturen mit grossen Hautdefekten und hochgradig verkürzt geheilten alten Brüchen Nagelextension. Bei einem Mann heilte zwar die Tibiafraktur ausgezeichnet, aber es traten Schmerzen in dem genagelten Kalkaneus mit sekundärer Fussgelenkverdickung auf, sodass Pat. gehunfähig wurde. Im Röntgenbild Knochenatrophie des Kalkaneus.

Preiser: Es ist eine Methode für Krankenhäuser, nicht für den Praktiker wegen der Gefahren und langen Behandlungsdauer.

Körber: Langes Liegenlassen der Nägel ist von Nachteil.

Hohmann-München.

55) **Emil Beck** (Chikago). K. K. Gesellsch. der Aerzte Wien. 28. IV. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 20.)

Wismutbehandlung kalter Abszesse. Zu diagnostischen Zwecken injiziert er eine Pasta aus 33% Bismut. subnitr. und 67% Vaselin in erwärmtem Zustand, zu therapeutischen 10% Wismutpaste. —

Diskussion: H. Schmid hat bei 50 Fällen je 25—50 ccm injiziert. Diagnostisch grosse Vorteile, Heilresultate weniger günstig, doch immerhin Besserungen bei chron. Eiterungen. Stiasny empfiehlt die Methode bei Analfisteln. Lotheisen hat befriedigende Resultate. Er verwendet öfters das ungiftige Novojodin, das Jod abspaltet und Formalin enthält; gibt ebenfalls dunkle Schatten im Röntgenbild. v. Eiselsberg bespricht ähnliche Methoden (Billroths 10% Jodoformglyzerin und Mosetigplombe). Beck rät die Spitze der Spritze vor der Injektion rasch abzukühlen, Abszesswand und Fistelzunge sind nicht sehr empfindlich. **Hohmann**-München.

56) **Nösske.** Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde Dresden 11. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 21.)

Stiellappen-Fernplastiken. Bei 26jähr. Kutscher, dem Innenfläche der Haut des rechten Fusses und ein Teil der Fusssohle durch Ueberfahren und Gangrän verloren ging, wurde Deckung von der Innenfläche des anderen Oberschenkels geschaffen. Stieltrennung nach 3 Wochen, gute Anheilung. Deckung des Entnahmedefekts nach Thiersch. Das verpflanzte Hautstück betrug 19 : 10 cm. —

Bei 5jähr. Knaben bestand eine durch Verbrennungsnarben zur unlösbaren Faust kontrahierte Hand. Exakte Narbenexcision, Streckung der Finger. Der Hautdefekt betraf distale Hälfte des Handtellers und die Beugeflächen des 2.—5. Fingers.

1. Sitzung: Durchstecken der Hand nach der Anfrischung unter Brückenlappen der Brust, indem der Handteller nach vorn sah; Finger gespreizt.



2. Sitzung: Am 15. Tage Stieltrennung, Teilung des Lappens in 4 Teile, entsprechend den Fingerdefekten, Formung und Naht.

3. Sitzung: Korrektur einiger wulstiger Partieen. Deckung des Entnahmedefekts nach Thiersch. — 6 Wochen nach der 1. Sitzung Heilung mit ausgezeichneter Fingerbeweglichkeit. **Hohmann**-München.

57) **Putti, V.** Trapianti liberi muscolo-aponeurotici a scopo d'artrolisi. (Società medico-chirurgica di Bologna. 16.—30. März 11.)

Die freien Muskel-Faszientransplantationen wurden bei Ankylose oder starker Gelenkrigidität zur Anwendung gebracht und eine gute Funktionsfähigkeit erzielt. Der freie Muskel-Faszienlappen wird aus der Fascia lata entnommen, welche sich durch ihre anatomische Struktur und mechanischen Eigenschaften ganz besonders zu dem Zweck eignet. **Buccheri**-Palermo.

58) **Goldenberg.** Aerztl. Verein Nürnberg. 5. I. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 18.)

Die Förstersche Operation. Operation beim Little gibt die besten Resultate, ungünstiger ist spastische Spinalparalyse und multiple Sklerose. G. operierte einen 18jährigen mittelschweren Little mit Adduktion der Hüften, Gehen ohne Stock nicht möglich. Kniee kleben aneinander. Fällt oft hin. Linkes Knie Beugekontraktur von 140°. Links hochgradigster Spitzfuss, Rumpf kann nicht gegen das Becken in der Hüfte gebeugt werden, deshalb schlechtes Sitzen. Sehnenplastik: Verlängerung der Achillessehne, Tenotomie der Kniebeuger, wobei Verletzung des Peroneus, deshalb zentrale Implantation eines Nervenlappens. Kein gutes Resultat. Gang wegen der Hüftadduktion fast noch schlechter. $^1/_4$ Jahr darauf Förstersche Operation. Vor der Operation Blutleere durch Injektion von $^1/_{20}$ Suprareninlösung in die Muskulatur zu beiden Seiten der Wirbelsäule bis auf die Querfortsätze. Einzeitige Operation, keine Ligatur, Etappennaht, zwei Gummidrains, Heilung nach 10 Tagen. Reseziert wurden rechts L II, III, V, links L II. III, IV, S I. Wesentliche Besserung der Adduktionsspasmen, am 2. Tag nach der Operation bereits Spreizung der Kniee bis 45 cm. Linkes Knie kann völlig gestreckt werden. Normales Sitzen möglich. Gehversuche. **Hohmann**-München.

59) Sitzungsbericht der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins. (31. März 1911.) (Zentralbl. für Chir. 1911. Nr. 24, S. 829.)

Hübscher empfiehlt die Lane'sche Klammer, bei der eine absolute Fixation dadurch erreicht wird, dass sie an 4—6—8 Punkten angreift, während bei andern Befestigungsarten von Knochenfragmenten eine Fixation nur in zwei Richtungen erreicht wird. Die Klammern werden subperiostal angeschraubt.

Ibidem S. 832. **Natzler**-Heidelberg.

60) **Danis.** Sitzungsbericht der Holländischen Gesellschaft für Chirurgie. Sitzg. v. 1. Mai 1910. (Zentralbl. für Chir. 1911. No. 29, S. 990/995.)

D. empfiehlt als Material für orthopädische Verbände in dickflüssiges Azeton und Zelluloid getauchte Metallgaze. **Natzler**-Heidelberg.

61) **Hartung.** Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde Dresden 18. II. (Ref. Münch. Woch. 1911, Nr. 22.)

Interessante Röntgendiagnosen.

1. 31jähr. Frau, seit Geburt angeblich kurzer linker Arm. Röntgenbild:



Humerus besitzt keinen Kopf, sondern endete als Gabel, deren mediales Ende mit der in der Entwicklung zurückgebliebenen Pfanne artikuliert. Humerusdiaphyse zeigt lateralkonvexe Knickung (frühere Infraktion ?)

2. 39jähr. Bäcker kam beim Getreideschroten mit der rechten Hand zwischen 2 geriefte Walzen. Röntgenbild: Fraktur der Endglieder der drei verletzten Finger dicht an dem Nagelbett. Die proximalen Enden stehen in Flexionskontraktur, die distalen mit den Nägeln normal. Aeussere Fingerkonturen unverändert.

3. Eine Röntgendurchleuchtung nach einem Sturz auf den Ellenbogen ergab keine Verletzung, auch eine Röntgenaufnahme 10 Monate später nicht. 5 Jahre später zeigte eine neue Aufnahme ein angeblich abgesprengtes Knochenstück am Condylus medialis. Als Patient sich 1½ Jahre danach deshalb operieren lassen wollte, ergab eine neue Röntgenaufnahme, dass es sich nicht um eine Absprengung, sondern um ein noch nicht beschriebenes accessorisches Knochenstück neben der Trochlea humeri handele, das am andern Arm kleiner ebenfalls vorhanden war. Er nennt es os trochleare humeri.

Hohmann-München.

62) **Schede.** Trockene oder feuchte Gummihandschuhe? (Münch. med. Woch. 1911, Nr. 21.)

Sch. hat diese von den Praktikern bereits entschiedene Frage noch einmal nachgeprüft und von der Innenfläche trocken sterilisierter sowie feucht behandelter Handschuhe nach der (aseptischen) Operation Kulturen angelegt. Von den aus trockenen Handschuhen gewonnenen 19 Bouillon-Kulturen blieben 8 steril, 6 enthielten Staphylokokken, 5 nur Luftkeime und Myzelien. Von den Lysolhandschuhen dagegen blieben von den 16 Kulturen nur 1 steril, alle übrigen enthielten Staphylokokken. Bei Abimpfung in 10 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung, von der nach Schütteln 1 ccm auf Gelatineplatten gegossen wurde, blieben dagegen von den 18 trockenen Handschuhen 4 Kulturen steril, 4 enthielten nur Pilze, alle anderen Staphylokokken. Von den feuchten Handschuhen blieben 5 Kulturen steril, 1 enthielt nur Pilze, alle übrigen Staphylokokken. Den Widerspruch beider Versuchsresultate erklärt Sch. durch die Verschiedenheit der Nährböden. Bouillon soll ein schlechterer Nährboden für Handbakterien sein. Er vermutet, dass die Lebensfähigkeit der Bakterien in den trockenen Handschuhen geringer ist als in den feuchten und zieht aus den zwar nicht eindeutigen Resultaten den Schluss, dass Trockenheit die Hautbakterien wenigstens ebenso schädigt, als eine 1 %ige Lysollösung und zwar auf längere Zeit hinaus. Da die feuchten Handschuhe ferner die Haut schädigen, werden künftig in der Langeschen Klinik nunmehr trockene Handschuhe benutzt.

Hohmann-München.

63) **Goebell.** Medizinische Gesellschaft Kiel 2. II. 11. (Ref. Münch. med. W. 1911, Nr. 21.)

Kiefergelenksankylose. Die Helferichsche Interposition eines Muskellappens aus dem Temporalis brachte vollen Erfolg. **Hohmann**-München.

64) **O. Sgambati.** Dell'osteomielite tubercolare. (Società Lancisiana degli ospedali di Roma. 1. April 1911.)

Redner stellt einen Pat. vor, bei dem er wegen tuberkulöser Osteomyelitis, die lange Zeit erfolglos konservativ behandelt worden war, die subperiostale



Exartikulation und Resektion des sternalen Endes des rechten Schlüsselbeins in einer Länge von über 6 cm gemacht hat.

In wenigen Monaten hat sich der entfernte Knochen vollständig reproduziert, wie die in verschiedenen Zeitabständen aufgenommenen Radiographien zeigen; es bildete sich eine sterno-klavikulare Nearthrose. und Pat. behielt das vollständige Funktionsvermögen der oberen Extremität.

Er glaubt, dass zum grossen Teil der gute Ausgang darauf zurückzuführen ist, dass die nach der Resektion zurückgebliebene Höhle ganz und gar nicht tamponiert wurde, was nach der Anschauung des Redners das osteogenetische Vermögen des Periosts vernichten oder doch stark einschränken kann.

Buccheri-Palermo.

65) **Ewald.** Biologische Abteilung des ärztl. Vereins Hamburg. 7. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 19.)

Arthritis deformans des Schultergelenks. E. zeigt an drei Präparaten die progressiven und regressiven Veränderungen am sulcus intertubercularis, den Tuberkeln, dem anatom. Hals und der Gelenkfläche. Die drei Humerusköpfe zeigten humerus varus, teils durch Fraktur im coll. chirurg., teils durch arthritische Einschmelzung am oberen Kopfpol.

Hohmann-München.

66) **Porcile.** Delle fratture del gomito. (Accad. med. di Genova. 20. Februar 1911.)

Porcile vertritt den operativen Eingriff bei den Frakturen des Ellenbogens und stellt einen Pat. vor, der von ihm mit Entfernung des Fragmentes bei einer Kondylenfraktur des rechten Ellenbogens operiert wurde. Der funktionelle Erfolg ist ein vollkommener gewesen.

Bei dieser Art von Frakturen sind Reposition und Kontention gewöhnlich schwierig und nicht immer möglich, häufig ergibt sich daraus eine Beschränkung der Bewegungen.

Der Eingriff ist speziell bei jugendlichen Individuen indiziert, bei denen die Teile ein grosses Anpassungsvermögen besitzen, so dass sich neue Gelenkflächen bilden können und auch die anatomische Wiederherstellung erhalten werden kann. **Buccheri**-Palermo.

67) **Buccheri** (Palermo). Un caso di retrazione muscolare ischemica. (VII Congresso di Pediatria italiana. Palermo, 21.—23. April 1911.)

Redner stellt einen Knaben vor, bei dem er wegen ischämischer Kontraktur infolge Fraktur des Vorderarmes die Resektion der Vorderarmknochen vornahm. Der operative Erfolg könnte, wie aus der direkten Untersuchung des Knaben und aus den Radiographien zu ersehen ist, kein besserer sein. Nichts lässt sich über das funktionelle Resultat sagen, da der Junge noch in Behandlung steht. **Buccheri**-Palermo.

68) **Schoemaker.** Holländ. Gesellschaft f. Chirurgie. 1. Mai 1911. (Zentralbl. f. Chir. 1911 No. 29.)

Sch. hat einen Fall von Ankylose des Handgelenkes mit Interposition des Musc. pronatas quadratus behandelt. **Natzler**-Heidelberg.



69) **Oehlacker.** Aerztlicher Verein Hamburg 9. V. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 21.)

Luxation des os lunatum. Beste Behandlung besteht in der Exstirpation des Knochens. Meist findet sich hier auch Absprengung des os triquetrum.
Hohmann-München.

70) **Röpke.** Naturwissenschaftl. medizin. Gesellschaft Jena. 2. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 20.)

Dupuytrensche Fingerkontraktur. Bei 2 schweren Fällen exstirpierte er die ganze Palmaraponeurose einschliesslich der zu den Grundgliedern der Finger ziehenden Ausläufer und zu den Sehnenscheiden verlaufenden schwieligen Gewebsteile. Er legte die Aponeurose frei von dem Lexerschen kreuzförmigen Schnitt aus (ein Schnitt zieht vom Handgelenk zum Grundglied des 4. Fingers, der andere senkrecht dazu in der Querfalte der Hohlhand). Auch die miterkrankte Haut muss entfernt und durch frei transplantierte Cutislappen vom Vorderarm ersetzt werden. Gute Erfolge. **Hohmann**-München.

71) **Nösske.** Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde Dresden 11. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 21.)

Fingerersatz des Daumens durch Stiellappenfernplastik und Knochenperiostübertragung. Den gänzlich verlorenen Daumen bildete N. aus der Brusthaut durch eine dicke Weichteilrolle, gestielt und am distalen Ende genau an den angefrischten Stumpf rings angenäht. Die Nahtlinie liegt auf der späteren Dorsalseite des Fingers. Stieltrennung nach 3 Wochen, Bildung der Fingerkuppe. Nach deren Heilung Implantation eines Periostknochenstückes der Tibia und Einrammung desselben in den Knochenstumpf bezw. Metakarpus. Greiffähigkeit und Opposition ist normal geworden, ebenso das Gefühl bis in die äusserste Kuppe. Keine Rückbildung während $2^3/_4$ Jahren. —

Einem anderen Patienten, dem linker Zeigefinger bis auf einen Rest von 1 cm und 3.—5. Finger ganz verloren gegangen war, wurde der Stumpf des Zeigefingers auf dieselbe Weise bis zu $^2/_3$ der normalen Länge verlängert. Dadurch Wiederherstellung der Greiffähigkeit, selbständiges Ankleiden, Essen möglich. Gefühl fast ganz hergestellt. **Hohmann**-München.

72) **Patschke.** Sitzungsbericht der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (Zentralblatt für Chir. Nr. 24, S. 829.)

Vorstellung einer 24 jähr. Patientin mit angeborener Hüftluxation, die von Krause nach langjähriger unblutiger erfolgloser Behandlung operiert worden war. Dicht oberhalb der verödeten Pfannen wurden neue mit stark überhängendem oberen Rande gebildet. Trotzdem der linke Kopf beim Repositionsversuch abbrach und nur der Schenkelhals in die neue Pfanne kam, soll das Resultat „ein sehr gutes" und Schenkelhals und Kopf in der neuen Pfanne geblieben sein. **Natzler**-Heidelberg.

73) **Grashey.** Aerztl. Verein München. 8. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 19.)

Diaphysenfrakturen der unteren Extremitäten. G. empfiehlt nach Schilderung der anderen neueren Frakturbehandlungsmethoden den Dollingerschen 3teiligen Gipsverband bei Ober- und Unterschenkelbrüchen mit er-



heblicher Dislokation. Die Kranken gehen mit dem Verband, der nicht mit Entlastung versehen ist, mit 2 Krücken umher. Diskussion: Krecke empfiehlt bei ungünstig geheilten Frakturen die Nagelextension, besonders bei Unterschenkelfrakturen. **Hohmann**-München.

74) **Alessandri.** Ulteriore comunicazione sul caso di resezione del femore per sarcoma centrale con autotrapianto del perone. (Società lancisiana degli ospedali di Roma. 26. Februar 1911.)

Der betreffende Fall betrifft ein Mädchen, das vom Redner am 5. Januar 1910 mit Resektion von 17 cm der linken Femoraldiaphyse wegen zentralen Sarkoms operiert worden war. Der Substanzverlust war durch ein 9 cm langes Stück der Fibula derselben Kranken, das in der Markhöhle der beiden Fragmente befestigt wurde, ersetzt worden.

Die überpflanzte Fibula befand sich in vollkommen guter Stellung namentlich nach der Tenotomie des Psoas, die sich infolge der Dislokation des oberen Femurfragmentes als notwendig erwiesen hatte. Sie hatte sich ausserdem oben gut konsolidiert, während unten eine Pseudarthrose blieb.

Im August versuchte er die Einpflanzung von aus der Tibia entnommenen Periostläppchen rings um die Vereinigungsstelle des unteren Endes der transplantierten Fibula mit dem distalen Oberschenkelstumpf. Die Pseudarthrose wurde aber nicht bewältigt.

Im November zeigte das Mädchen erst verdächtige, dann sichere Anzeichen von Metastase in der rechten Lunge. Jeder weitere Versuch wurde deshalb aufgegeben. Das Mädchen ist im Februar gestorben. Bei der Sektion wurde die ganze rechte Lunge in eine Geschwulstmasse verwandelt gefunden; zwei kleine Knötchen bestanden in der linken Lunge (mikroskopische Untersuchung: Knochensarkom). Sonst nichts. Die Metastasen hatten sich offenbar schon vor der ausgeführten Operation etabliert.

Das aus dem operierten Oberschenkel erhaltene Stück ist sehr interessant. Die überpflanzte Fibula ist vollkommen mit dem oberen Femurstumpf verwachsen und eine Strecke weit verdickt. Das untere Ende dagegen ist verdünnt und hat die Markhöhle des unteren Stumpfes (sicher in letzter Zeit) verlassen, mit dem es durch fibröses Gewebe verbunden ist. Die ganze Länge der Fibula ist auf ca. 12 cm zurückgegangen, doch ist sie auch im unteren Teil 14 Monate nach der Transplantation sicher lebensfähig.

Redner zieht aus diesem Fall den Schluss, dass die Knochentransplantation ein vorzügliches und empfehlenswertes Mittel in den geeigneten Fällen ist, und dass es notwendig ist, vor allem dafür zu sorgen, dass an den Vereinigungsstellen des transplantierten Knochens mit den Resektionsstümpfen eine abundante Knochenneubildung erzielt wird. **Buccheri**-Palermo.

75) **Buccheri** (Palermo). Impianto del perone sulla tibia in un caso di assenza congenita della tibia. (VII Congresso di Pediatria. Palermo. 21.—23. April 1911.)

Der Fall betrifft ein $1^1/_2$ Jahre altes Kind, bei dem ausser den gewöhnlichen Erscheinungen der locker in dem Kniegelenk artikulierten Fibula das untere Ende unter der Haut vorsprang und nicht mit dem Astragalus artikulierte, wie aus der Photographie und der Radiographie zu ersehen ist. Der Fuss befand sich somit in starker Varus- und gleichzeitig Equinusstellung.



Zunächst resezierte Redner das untere Ende der Fibula und pflanzte es auf den Astragalus, um die Basis und ein Fussgelenk rekonstruieren zu können. Zur Erreichung dieses Zieles war auch die Tenotomie der Achillessehne notwendig. In einem zweiten Tempo pflanzte Redner zur Rekonstruktion der Kontinuität vom Kniegelenk zum Fuss das obere Ende der genannten Fibula auf den vorhandenen Tibiastumpf.

Die nach den Operationen und späterhin aufgenommenen Radiographien zeigen die perfekte Synostosis der Fibula mit der Tibia, die Entwicklung proportional zur neuen Funktion der Fibula.

Die Funktion der Extremität lässt sich sehr gut an.

Buccheri-Palermo.

76) **Rieppi.** Innesto del perone nella tibia. (XXIII. Congresso della Società italiana di chirurgia. Rom 8.—11. April 1911.)

R. berichtet über drei Fälle von Einpflanzung der Fibula in die Tibia nach dem Verfahren von Hahn wegen Pseudarthrose nach akuter Osteomyelitis der Tibia. Alle drei gingen in Heilung aus.

In dem ersten Fall wurde die Operation 1901 ausgeführt und die Kontinuitätstrennung im Knochen betrug 7 cm. Die Transplantation wurde einzeitig gemacht, und die Heilung war eine langwierige infolge eines Prozesses lokaler Eiterung, welche zur Ausstossung eines kortikalen Sequesters der Fibula führte. Schliesslich jedoch kam das Mädchen zur Heilung und geht heute korrekt und gut.

Der zweite Fall wurde 1907 operiert. In diesem Fall war die Einpflanzung eine totale wegen des Fehlens der ganzen Tibiadiaphyse. Vollkommene Heilung.

Der dritte Fall wurde im Jahre 1908 operiert. Auch hier war die Transplantation der Fibula in die Tibia eine totale; Heilung.

R. legt die Radiographien der zwei letzten Fälle vor, die in einem Abstand von über 1½ Jahr nach der Operation aufgenommen wurden. In ihnen ist die knöcherne Hypertrophie der transplantierten Fibula klar ersichtlich: Die Diaphysen haben fast das Volumen der gesunden Tibia. Das Gehen ist frei und schmerzlos.

Zum Schluss bestätigt R. die Güte und Ueberlegenheit der Hahn'schen Methode und rät zu einer langdauernden Nachbehandlung, nämlich bis eine zum Tragen des Körpergewichtes hinreichende knöcherne Hypertrophie erzielt ist, um Knochenverkrümmungen zu vermeiden. **Buccheri**-Palermo.

Der IV. internationale Kongress für Physiotherapie, der unter dem Vorsitz der Herren Geheimrat His und Geheimrat Brieger vom 12. bis 17. April 1912 in Berlin stattfinden sollte, ist mit Rücksicht auf den gleichzeitig in Rom stattfindenden internationalen Kongress für Tuberkulose auf die Osterwoche 1913 verlegt worden. Zu jeder weiteren Auskunft ist der Generalsekretär des Kongresses, Dr. Immelmann, Berlin W. 35, gerne bereit.



Referate: 1) **Frangenheim**, Chondrodystrophische Zwerge. — 2) **Artom**, Osteomalazie und Rachitis. — 3) **Schabad**, Spätrachitis. — 4) **Hartmann**, Ostitis fibrosa (deformans). — 5) **Plagemann**, Diagnostik und Statistik der Frakturen. — 6) **Lonhard**, Knochenbrüche und deren Behandlung im Katharinenhosp. in Stuttgart. 1908—10. — 7) **Sasaki**, Behandlung der Pseudoarthrosen durch Injektion von Periostemulsion. — 8) **Sasse**, Aseptische Extensionsvorrichtung. — 9) **Wolfsohn**, Hypertrophische Osteoarthropathie. — 10) **Axhausen u. Pels**, Experimentelle Beiträge zur Genese der Arthritis deformans. — 11) **Stein**, Diathermie bei Behandlung der Knochen- und Gelenkkrankheiten. — 12) **Ceresole**, Arthritis blenorrhagica uud die Behandlung mit Röntgenstrahlen. — 13) **Godlee**, 14) **Makins**, Myositis ossificans traumatica. — 15) **Sidorenko**, Untersuchungen über die Wirkung des Fibrolysins. — 16) **Rehberg**, Faszientransplantation. — 17) **Wennet**, Poliomyelitis - Epidemie in Nebraska 1909. — 18) **Pürckhauer**, Poliomyelitische Lähmungen. — 19) **Brösamlen**, Herzschädigung durch Tragen fester Stützkorsette. — 20) **Kirchberg**, Heissluft-, Lichtbehandlung und Massage. — 21) **König u. Hoffmann**, Schnelldesinfektion mit Thymolspiritus. — 22) **Motta**, Staphylokokken-Osteomyelitis. — 23) **Gauvain**, Spondylitisbehandlung. — 24) **Plagemann**, Monströse Lordose der Brust- und Lendenwirbelsäule. — 25) **Armstrong**, Schiefheit des Kopfes. — 26) **Fitzwilliams**, Kongenitales Fehlen beider Pektoralmuskeln. — 27) **Müller**, Angeborener Defekt des rechten Sternokleidomastoideus. — 28) **Rittershaus**, Freie Faszienüberpflanzung. — 29) **Cohn**, Zur Frage des Schulterhochstandes. — 30) **Habermann**, Ursache und Bedeutung des Skapularkrachens. — 31) **Dohan**, Fall von zentralem „käsigen Sequester". — 32) **Bircher**, Beitrag zum Humerus varus cretinosus. — 33) **Zuppinger**, Torsionsspannung im Oberarm. — 34) **Grune**, Behandlung der Oberarmfrakturen mittels Gewichtsextension. — 35) **Roloff**, Abriss der langen Bizepssehne. — 36) **Krüger**, Spornbildung am Olekranon. — 37) **Ebstein**, Angeborene familiäre Missbildung an den Händen. — 38) **Mühsam**, Behandlung schwerer Hand- und Fingerkontrakturen nach Sehnenscheidenentzündung. — 39) **Nast-Kolb**, Seltenere Handwurzelverletzungen im Röntgenbild. — 40) **Wollenberg**, Knochencyste im Os naviculare. — 41) **Finsterer**, Beckenluxation. — 42) **Sedan et Faucheux**, Folgen der Zerreissung des Lig. Bertini bei Femurluxation. — 43) **Ludloff**, Angeborene Hüftluxation. — 44) **Weber**, Spastische Hüftluxation. — 45) **Levy**, Beiträge zur Frage der Coxitis, Coxa vara und Osteoarthritis deformans. — 46) **Gara**, Abdominaldrucksymptom der Ischias.

Kongress- und Vereinsberichte: 47) VI. Kongress der italienischen orthopädischen Gesellschaft. Rom, 7. April 1911. — 48) **Wolfsohn**, Osteoarthropathie. — 49) **Scalone**, Bact. coli und chronische Osteomyelitis. — 50) **Garrod**, Auskultieren von Gelenken. — 51) **Nösske**, Osteomyelitis der Epiphysen der langen Röhrenknochen. — 52) **Nösske**, Osteomalazie. — 53) **Ewald**, Spontanfraktur bei Syringomyelie. — 54) **Körber**, Nagelextension. — 55) **Beck**, Wismutbehandlung kalter Abszesse. — 56) **Nösske**, Stiellappen-Fernplastiken. — 57) **Putti**, Muskel-Faszientransplantation. — 58) **Goldenberg**, Die Förster'sche Operation. — 59) **Hübscher**, Lane'sche Klammer. — 60) **Danis**, Orthopädische Verbände. — 61) **Hartung**, Interessante Röntgendiagnosen. — 62) **Schede**, Trockene oder feuchte Gummihandschuhe. — 63) **Goebell**, Kiefergelenksankylose. — 64) **Sgambati**, Tuberkulöse Osteomyelitis. — 65) **Ewald**, Arthritis deformans. — 66) **Porcile**, Frakturen des Ellenbogens. — 67) **Buccheri**, Ischämische Kontraktur infolge Fraktur des Vorderarmes. — 68) **Schoemaker**, Ankylose des Fussgelenks. — 69) **Oehlacker**, Luxation des os lunatum. — 70) **Röpke**, Dupuytren'sche Fingerkontraktur. — 71) **Nösske**, Fingerersatz des Daumens. — 72) **Patschke**, Angeborene Hüftluxation. — 73) **Grashey**, Diaphysenfrakturen. — 74) **Alessandri**, Resektion der linken Femoraldiaphyse und Ersatz durch ein Stück der Fibula. — 75) **Buccheri**, Resektion der Fibula und Einpflanzung auf den Astragalus. — 76) **Rieppl**, Einpflanzung der Fibula in die Tibia.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstrasse 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



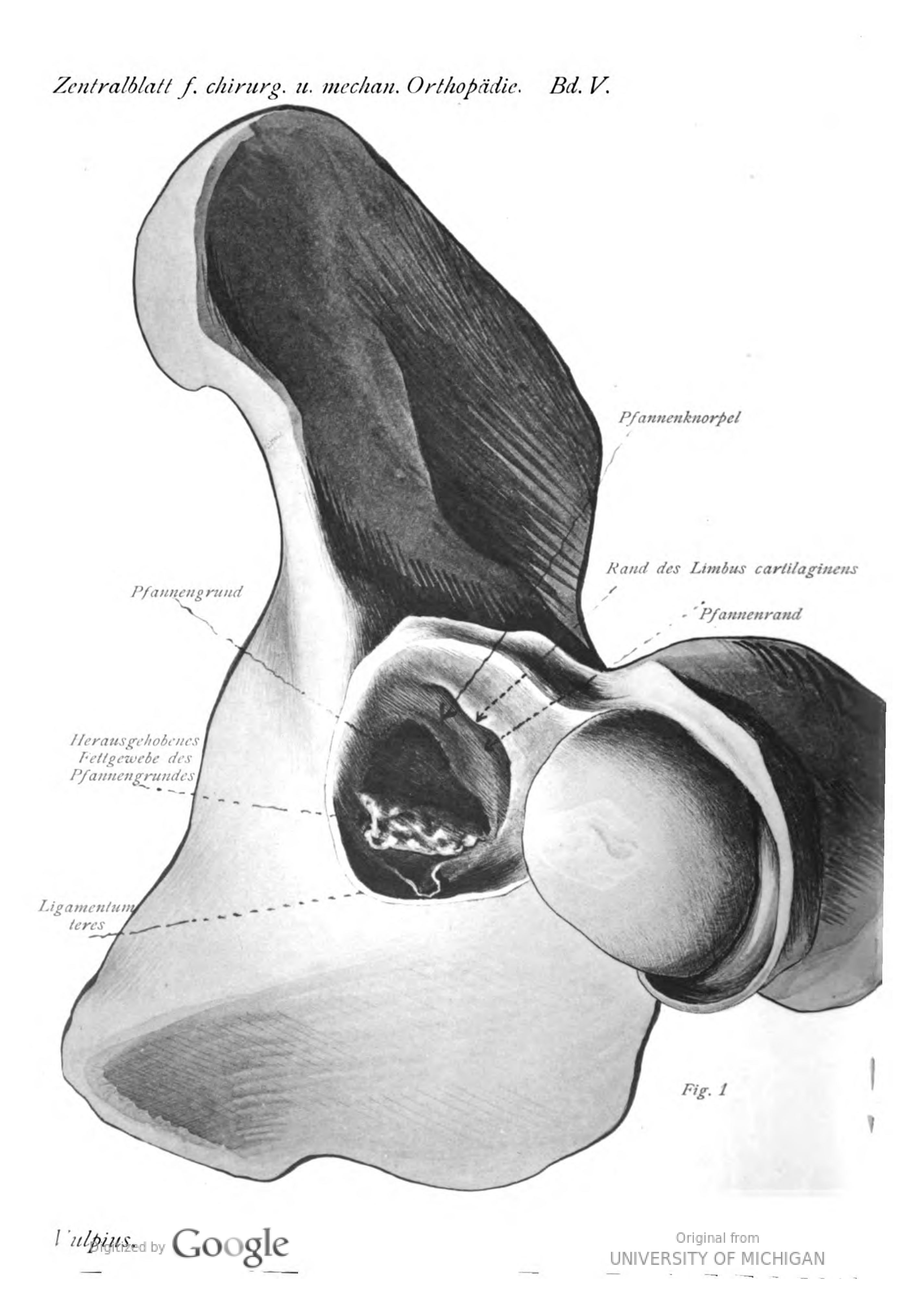


Fig. 1

Vulpius.

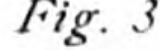


Fig. 3

Verlag von S. Karger in Berlin.

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW, Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. V. Dezember 1911. Heft 12.

Aus der K. orthopädischen Universitäts-Poliklinik zu München.

Der obere Gegenhalt bei den Skoliosenapparaten.

Von
Professor Dr. FRITZ LANGE.

(Mit 2 Abbildungen im Text)

Wenn einem Knaben die Aufgabe gestellt wird, einen krummen Holzstab (Fig. 1 a b) gerade zu biegen, so wird er ihn bei seinen Endpunkten a und b mit den Händen anfassen und bei c in der Richtung des Pfeiles einen Druck z. B. mit dem entgegengestemmten Knie ausüben.

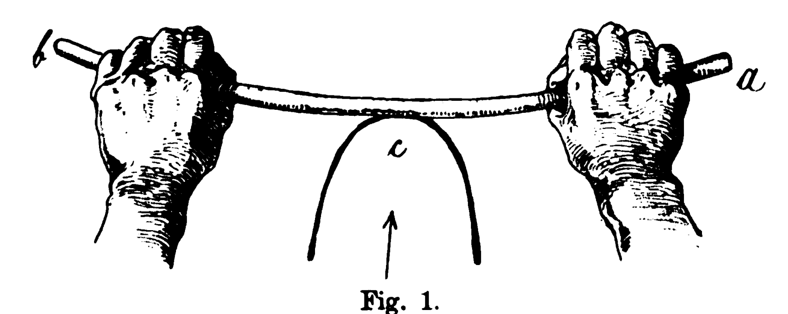


Fig. 1.

Wenn der Knabe den Stab aber nur wie in Fig. 2 bei a mit der einen Hand festhalten und mit der andern Hand einen Druck in der Richtung des Pfeiles bei c ausüben würde, so würde das jedermann für unzweckmässig halten und dem Knaben klar machen, dass er auf diese Weise wohl den ganzen Stab nach links verschieben kann, dass er aber den krummen Stab auf diese Weise nicht gerade biegen kann.

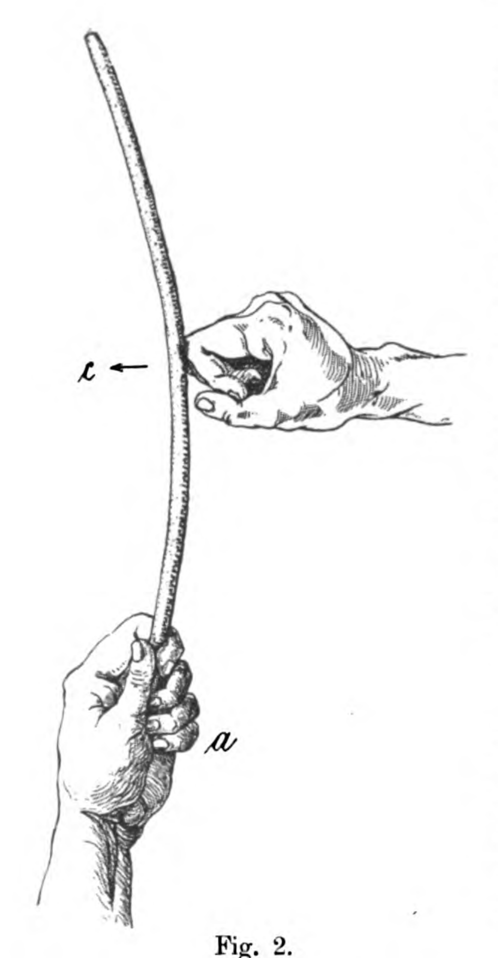


Fig. 2.

Das ist eine Binsenweisheit, und doch gibt es leider heute noch zahlreiche orthopädische Apparate, welche diesen selbstverständlichen Grundsatz nicht beachten, dass ein korrigierender Druck nur dann wirksam ist, wenn die beiden Enden des verkrümmten Körperteiles fest vom orthopädischen Apparate gefasst sind und einen sicheren Gegenhalt bieten. Es würde zuweit führen, alle Fehlkonstruktionen anzuführen, an dieser Stelle will ich nur auf das Prinzip der Fixierung des Rumpfes eingehen.

Bis 1897 fixierte man einen spondylitischen Rumpf in einem Gipsverbande, der unten bis zum Leistenbande reichte, oben in der Regel aber in der Höhe der Achsel endete. Der Verband entsprach in seiner Konstruktion der Figur 2. Das untere Ende des gebogenen Stabes war gefasst, und in der Gegend des Gibbus wurde ein Druck von hinten her durch den Gips ausgeübt. Das obere Ende des krummen Stabes i. e. der spondylitischen Wirbelsäule war aber nicht fixiert und deshalb war die korrigierende Wirkung dieser Verbände gleich Null.

Es war Calots grosses Verdienst, dass er in seinen Mumienverband den Kopf und Hals mit einschloss und einen Spondylitisverband einführte, welcher das obere Ende der Wirbelsäule sicher fixierte. Im Jahre 1898 zeigte ich dann, dass bei Spondylitiden, die unterhalb des 5.—6. Brustwirbels sitzen, der lästige Mumienverband nicht notwendig ist, sondern dass man mit einem Verbande auskommt, der auf dem Prinzip der Lordosierung beruht und seinen untern Gegenhalt an der Vorderseite des Beckens und seinen obern Gegenhalt am oberen Teil des Sternums und unterhalb der Clavicula hat, während der korrigierende Druck von hinten her auf den Gibbus ausgeübt wird.

Dieses Prinzip kommt heute in jedem richtigen Spondylitis-Korsett zur Geltung, mag das Korsett nun aus Celluloid oder Leder oder Stahl gearbeitet sein, und es hat sich ausgezeichnet bewährt.



Merkwürdigerweise wird dieser Grundsatz bei der Konstruktion von redressierenden Apparaten zur Korrektur der Skoliose immer noch nicht beachtet. Es gibt Liegebretter, welche die Halswirbelsäule gar nicht fixieren, es gibt Nachtschalen, die genau so gearbeitet werden, wie das ursprüngliche Lorenz'sche Spondylitisbett und des Gegenhaltes auf der Halsseite entbehren, und es gibt fast nur Skoliosenkorsetts, die genau wie die alten unzweckmässigen Spondylitiskorsetts in der Achselhöhle aufhören und den wichtigen Teil, den festen Halt am Hals, vermissen lassen. Alle diese Apparate gleichen in ihrer Konstruktion der Fig. 2 und ihre Verfertiger dem Knaben, der einen krummen Stab durch den Druck bei a und c gerade biegen will.

Bei dem Gipsverbande, der von einzelnen Autoren zur Korrektur der Skoliose angewandt wird, hat das Prinzip des Gegenhaltes am Halse bereits Eingang gefunden. Bei den Korsetts wird wohl der einzelne oder andere Autor schon darauf Rücksicht genommen haben. So sagte Bade mir mündlich vor kurzem, dass er ebenfalls einen Gegenhalt am Halse gibt. In der Literatur habe ich aber keinen Hinweis darauf gefunden.

Ich selbst habe schon in den Jahren 1896 und 1897 Celluloidkorsette konstruiert, die diesen Gegenhalt am Halse geben. Die Apparate waren aber in ihrer Aussenform plump und wurden, trotzdem sie wirksam waren, von den Patienten nicht gern getragen. Das bestimmte mich damals, das Schwergewicht bei der Skoliosenbehandlung auf die Gymnastik zu legen.

Das Prinzip meiner Methode, das ich aktive und passive Ueberkorrektur nannte, habe ich im Jahre 1905 veröffentlicht. Ich habe bisher keine Veranlassung gefunden, an den damals beschriebenen Apparaten etwas zu ändern, und glaube auch heute noch, dass diese Turnapparate, was Einfachheit der Konstruktion und Intensität der Wirkung angeht, noch nicht überholt sind. Ich selbst wende diese Apparate auch heute noch ausschliesslich in meinen Skoliosen-Turnsälen an.

Die ausschliessliche Turnbehandlung der Skoliose hat aber den Nachteil, dass leicht Unterbrechungen in der Kur und dadurch Rückschläge eintreten.

Zufällige Krankheiten, wie eine Bronchitis, eine Influenza, ein Schnupfen, zwingen zu Pausen von ein oder mehreren Wochen, und gar die Ferien bringen Unterbrechungen von ein oder mehreren Monaten. Um die Korrektur länger auf die skoliotische Wirbelsäule einwirken zu lassen, habe ich deshalb schon früher Skoliosen-



betten für die Nacht aus Celluloidstahldraht angewandt, welche den oben beschriebenen Gegenhalt am Halse geben.

Diese Betten sind wirksam. Sie haben aber den Nachteil, dass sie in der heissen Jahreszeit lästig und dass sie gross sind und auf Reisen deshalb gerne zu Hause gelassen werden, und endlich bringen es manche Patientinnen doch fertig, unbewusst im Schlafe die Gurte zu lockern, sich in der Schale zu drehen und dadurch dem korrigierenden Druck auszuweichen.

Diese Erfahrungen veranlassten mich, meine Nachtapparate anders zu gestalten. Ich verliess die Schalenkonstruktion und wandte mich wieder dem Korsettypus zu.

Ich fing mit einer Konstruktion an, die ähnlich wie das Dollinger'sche und Calot'sche Spondylitiskorsett den Rumpf nicht nur in seinem unteren, sondern auch in seinem oberen Teile in Leder einschloss. Dadurch gewann ich einen sichern Gegenhalt für meine Apparate an der Halsseite, und erreichte, dass die Pelotten, die zur Korrektur am Rippenbuckel angebracht waren, auch wirklich ihren Zweck erfüllten. Im Laufe der Zeit konstruierte ich eine ganze Reihe von anderen Modellen — und machte damit die Erfahrung, dass man schliesslich mit jedem Korsett einen guten Erfolg haben kann, wenn es dem in Figur 1 wiedergegebenen Prinzip entspricht, das obere und untere Ende der skoliotischen Biegung fixiert und den korrigierenden Druck am Scheitel der Biegung ausübt. In der Armenpraxis verwende ich zu dem Zwecke Zelluloid-, in der Privatpraxis Stahlschienenkorsetts. Das prinzipielle Neue ist der Gegenhalt an der dem Rippenbuckel entgegengesetzten Halsseite. Den Gegenhalt gebe ich in der Regel durch ein an der Halsseite genau angepasstes Leder, das durch Schienen verstärkt und mit dem Korsett starr verbunden wird; ich habe auch die Zelluloidstahldrahttechnik benützt, um einen Gegenhalt zu bekommen. In andern Fällen habe ich mich auch begnügt, den Gegenhalt aus Stoff zu geben. Wie die Sache technisch gemacht wird, ist schliesslich gleichgiltig, die Hauptsache ist, dass das Korsett an der Halsseite angreift, und dass dadurch Verschiebungen des Korsetts nach der Seite unmöglich werden. Dass zur Bekämpfung der Torsion das Korsett auch vorn unterhalb der Clavicula immer eng anliegen muss, genau wie ein Spondylitiskorsett, ist nach dem Gesagten selbstverständlich.

Ich muss es einer späteren, ausführlichen Arbeit vorbehalten an der Hand der Zeichnungen, die von den Patienten vor und nach dem Gebrauch des Korsetts angefertigt wurden, die Wirkung des Korsetts zu illustrieren.



An dieser Stelle sei nur gesagt, dass diese Redressionsapparate in den zwei Jahren, die ich sie benütze, meine Erwartungen weit übertroffen haben.

Ich habe viel schnellere Besserungen, als mit der gymnastischen Behandlung allein erzielt und habe auch bei den Patienten, die aus äusseren Gründen sich nicht längere Zeit einer gymnastischen Kur in der Anstalt unterziehen konnten und in der Hauptsache die Kur zu Hause durchführen mussten, Erfolge gesehen, wie ich sie vorher unter diesen Verhältnissen nicht beobachtet habe. Diese Erfahrungen haben mich im letzten Jahre veranlasst, die Apparate nicht nur in der Nacht, sondern auch den halben Tag benutzen zu lassen, aber ich warne dringend meine Patienten davor, etwa die Apparate den ganzen Tag zu tragen. Ich zweifle gar nicht, dass die Korrektur dann noch schneller vor sich gehen würde, aber ich glaube, dass der dauernde Schaden, der dadurch der Rückenmuskulatur zugefügt würde, viel grösser ist, als der Gewinn, welcher durch die schnellere Korrektur der Skoliose erzielt wird.

Immer lasse ich auch gleichzeitig aktive redressierende Uebungen ausführen. Denn Korsett ohne Uebungen — an dem Grundsatz halte ich mit Schulthess fest — ist ein Kunstfehler, wenn eine Skoliose noch einer Besserung fähig ist.

Ein Hülfsmittel zur Redression und Retention des Klumpfusses.

Von
Prof. Dr. K. VOGEL
in Dortmund.

(Mit 3 Abbildungen im Text.)

Ich habe vor etwa sechs Jahren, als ich noch in Bonn tätig war, durch Herrn Eschbaum daselbst einen Apparat konstruieren lassen, der den Zweck verfolgte, leichtere Klumpfüsse langsam zu korrigieren oder auch bei schweren Formen, die durch Redressement forcé erreichte Stellung zu erhalten resp. noch zu verbessern. Den ersten Apparat liess ich für einen durch Narbenzug nach schwerer Hautverbrennung erzeugten Klumpfuss bauen, weil die Narbe bei Gewaltanwendung leicht einriss und auch feste Verbände schlecht vertrug; später habe ich auch bei kongenitalem und paralytischem pes varus die Vorrichtung mit Erfolg verwandt und kann sie daher zur Anwendung empfehlen.



Nach einem in korrigierter Stellung angelegten Gipsabguss von Fuss und Unterschenkel wird ein Positiv hergestellt und auf diesem eine einem Stiefel ähnliche Aluminiumhülse, die die Zehen freilässt (Fig. 1). Dieser Aluminiumstiefel wird dann in zwei Teile zerlegt, einen grösseren zentralen a und einen kleineren peripheren b. Die Trennung dieser beiden Teile wird dahin verlegt, wo der difforme Fuss seine stärkste Abknickung zeigt, so dass also, wenn der Apparat angelegt ist, der zentrale Teil a den Unterschenkel und den Tarsus des Fusses bis zur Höhe der pathologischen Verbiegung, der periphere Teil b die von hier aus distale Partie bis zu den Zehen umfasst. Die Teile a und b sind an der medialen Seite locker durch ein kleines Lederriemchen verbunden (in Fig. 3 bei a zum Teil sichtbar), welches nur den Zweck hat, ein Abrutschen des Teiles b vom Fuss herunter zu verhüten, der später zu beschreibenden Verstellung dieses Hülsenteiles aber kein Hindernis in den Weg legt. Die Hülse a ist, wie Fig. 1 zeigt, in zwei Teile zerlegt und an der Rückseite mit Scharnieren, vorn mit einem Schnürverschluss versehen. Der periphere Hülsenteil b ist in einem Stück belassen; natürlich kann man auch ihn zum Oeffnen und Schliessen einrichten in analoger Weise wie a.

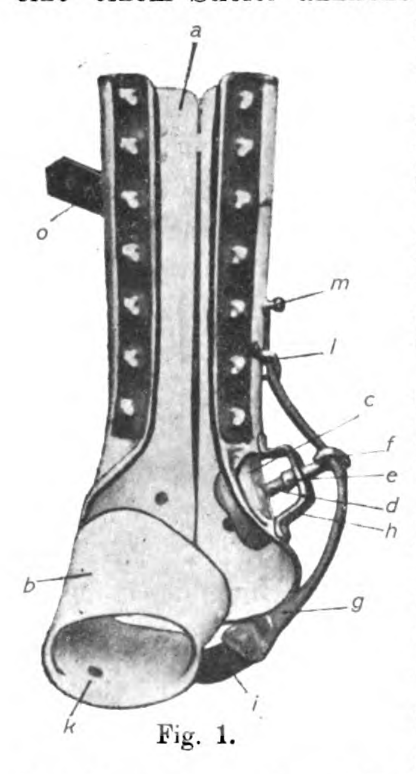


Fig. 1.

Entsprechend dem prominentesten Teile des Klumpfusses, also lateral über dem Tarsus, ist im Hülsenteil a eine etwa zweimarkstückgrosse runde Oeffnung, in die eine Pelotte c hineinpasst. Diese sitzt an dem Stempel d, der seinerseits in der Hülse e eine lose Führung hat und am peripheren Ende den kleinen Metallrahmen f trägt. Die Hülse e ist durch die Brücke h mit der Hülse a fest verbunden. An der medialen Seite der Hülse b ist nun ein Lederriemen g befestigt (bei k), der, durch ein starkes Gummiband i unterbrochen, unter b herzieht an die laterale Seite, dann durch den Schlitz des Rahmens f zieht, die weitere Führung l passiert und so an die Rückseite von a gelangt, um bei o wieder zum Vorschein zu kommen.

Fig. 2 zeigt den Apparat locker, das heisst in der pathologischen Stellung des Fusses, angelegt, während Fig. 3 die Wirkung veranschaulicht, die dadurch bedingt wird, dass der Lederriemen g kräftig von o her nach vorn angezogen, über die Verschnürung herübergeholt und an dem Knopf m festgestellt wird.

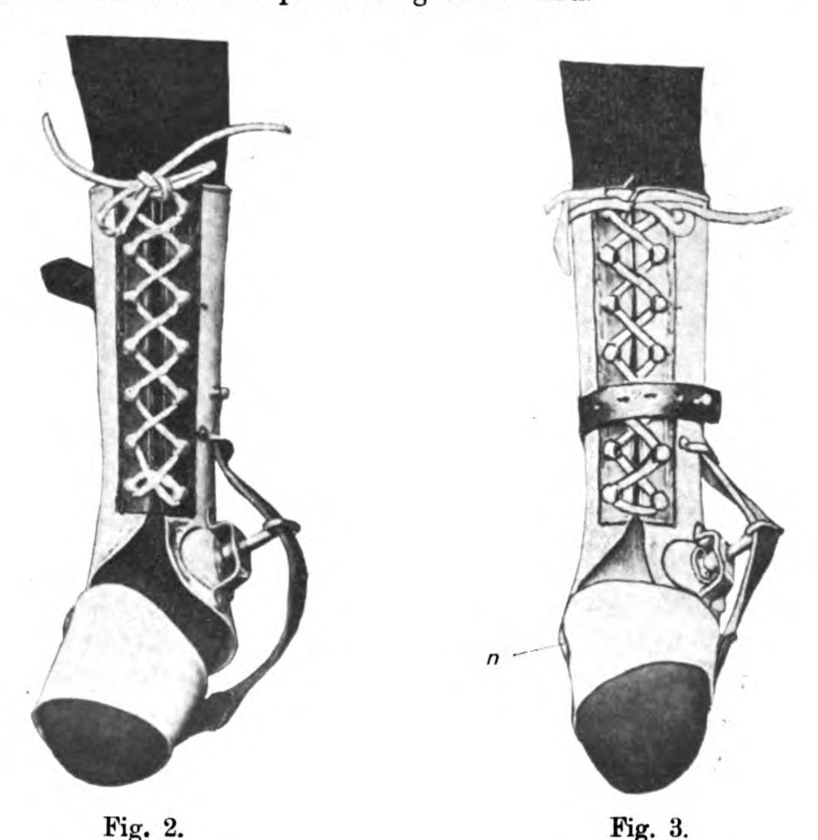


Fig. 2. Fig. 3.

Auf diese Weise wird, während Fussgelenk und zentraler Tarsusteil durch die Hülse a fixiert werden, die vordere Fusspartie herumgeholt aus der pathologischen in eine korrigierte Stellung und zwar wird erreicht:

1. eine Dorsalflexion,
2. eine Abduktion und
3. eine Pronation

des Vorderfusses, und zwar finden alle diese Bewegungen um den Teil des Tarsus statt, wo die beiden Hülsenteile a und b voneinander getrennt sind. Diese Stelle wird vorher dem Falle entsprechend ausgewählt: man wählt, wie oben bemerkt, den Ort derjenigen senkrecht zur Längsrichtung des Fusses gedachten Durchschnittsebene, die die höchste dorsolaterale Vorwölbung trifft. Auf diese Vorwölbung wird die Pelotte aufgepresst, welche so als Hypomochlion

für alle Bewegungen dient. Das in den Lederriemen eingefügte Gummiband bedingt eine Dauerwirkung der redressierenden Kraft.

Ich habe den Apparat besonders des Nachts tragen lassen. Seine Vorzüge sehe ich in der Einfachheit der Anwendung, der dauernden Weiterwirkung der redressierenden Kraft infolge des Gummibandes und besonders in der Möglichkeit, diese Kraft, von Fall zu Fall unterscheidend, genau an der am stärksten pathologisch veränderten Partie des Fusskeletts angreifen zu lassen.

Für ganz kleine Kinder ist der Apparat weniger geeignet, weil der Hülsenteil b an den kleinen runden und weichen Füsschen nicht recht anfassen kann. Je grösser und magerer der Fuss, desto energischer kann die Wirkung entfaltet werden.

(Aus der Prof. Dr. Vulpius'schen orthopädisch-chirurgischen Klinik in Heidelberg.)

Ein Präparat von reponierter kongenitaler Hüftluxation.

Von OSCAR VULPIUS.

(Hierzu Taf. II-III.)

Wir freuen uns heute mit gutem Recht über die klinischen Erfolge der unblutigen Reposition angeborener Hüftverrenkungen.

Wir wissen, dass der Prozentsatz der funktionellen Heilungen ein sehr grosser ist, und wir lesen überall von einer zwar niedriger gegriffenen, aber immerhin noch die Mehrzahl darstellenden Ziffer der anatomischen Heilungen. Die Annahme der letzteren stützt sich auf klinische Untersuchung und auf Röntgenbilder. Dass letztere kein sicheres Urteil über die anatomischen Verhältnisse des Hüftgelenkes und speziell der Pfanne gestatten, weil sie über die wichtigen knorpeligen Teile desselben so gut wie nichts sagen, das ist selbstverständlich, wird aber im allgemeinen viel zu wenig beachtet. Ganz zutreffend hat kürzlich wieder Ludloff auf die irrigen Anschauungen hingewiesen, welche durch einseitige Deutung und Verwertung der Röntgenbilder entstehen können.

Die ganze Wahrheit über die Heilungsvorgänge, welche sich nach der Reposition an den verschiedenen Konstituentien des luxiert gewesenen Hüftgelenkes abspielen, kann nur die anatomische Untersuchung von Präparaten uns sagen, welche ein glücklicher, eigentlich unglücklicher Zufall uns zur Verfügung stellt.

Solche Präparate aber besitzen wir nur sehr wenige, jeder neue Beitrag muss uns darum willkommen sein. Ist doch sogar unsere



Kenntnis von der Beschaffenheit des luxierten Gelenkes noch keineswegs vollständig und unveränderlich festgelegt, wie die neuesten Untersuchungen Ludloffs hinsichtlich der Hüftpfanne zeigen.

Nicht mehr als ein halbes Dutzend von solchen Repositionspräparaten ist bisher in der Literatur niedergelegt, welche über Umformung und Anpassung an Knochen und Weichteilen des Gelenkes Auskunft geben.

6 Wochen nach erfolgter Reposition konnte Müller das Hüftgelenk eines $2^1/_2$ jährigen Mädchens, Veau (und Cathale) dasjenige eines 4 jährigen Kindes untersuchen. 15 Monate lag die Einrenkung bei dem Präparat von einem 3 jährigen Kind zurück, das Nové-Josśérand publizierte, 18 Monate bei einem weiteren Fall Müllers, der mit $2^1/_2$ Jahren eingerenkt worden war. Der gleiche Autor konnte das Ergebnis einer vor 2 Jahren bei 4 jährigem Mädchen ausgeführten Reposition anatomisch untersuchen, Ochsner endlich gewann ein Präparat 3 Jahre nach der Reposition.

Was lehren uns diese Präparate? Die Gelenkkapsel fand sich 6 Wochen nach dem Eingriff in ihrem hinteren Anteil in Falten gelegt, welche auch nach 18 Monaten noch nachweisbar waren. Nach 2 und 3 Jahren war die Kapsel straff, ohne hintere Ausbuchtung. Das Ligamentum teres war einmal nach 2 Jahren normal vorhanden, ein anderes Mal nach 3 Jahren nur in Resten erhalten.

Der Gelenkkopf wies nach 6 Wochen eine medio-posteriore Abplattung auf, die auch nach 15 Monaten noch sichtbar war. Nach 18 Monaten bestand noch keine Kongruenz des Kopfes zur Pfanne, während nach 2 Jahren der Kopf einen gut kongruenten Kugelabschnitt darstellte. In einem anderen Fall freilich war selbst nach 3 Jahren der Kopf nicht ganz kugelig.

Die Pfanne zeigte nach 6 Wochen Tellerform, nach 15 Monaten war sie um 4 mm flacher als auf der gesunden Seite. Nach 18 Monaten erwies sie sich als klein, flach und des Knorpelüberzuges bar. Nach 2 Jahren wurde sie von normaler Form gefunden, das Pfannendach war noch knorpelig, nach 3 Jahren fast normal tief und mit starkem Rand versehen.

Unser eigenes Präparat stammt von einem Mädchen, das wegen linksseitiger Verrenkung im Alter von $2^1/_2$ Jahren in Behandlung kam. Das Trendelenburg'sche Phänomen war sehr ausgesprochen, der Trochanterhochstand betrug 2 cm.

Die Einrenkung gelang ohne Schwierigkeiten, das Ein- und Ausrenkungsgeräusch war sehr deutlich.

Erster Gipsverband bei 110° Abduktion und gebeugtem Knie. Nach sechs Wochen Verminderung der Abduktion auf 70°, ebenso der Knieflexion, nach



weiteren 6 Wochen dritter Verband in starker Innenrotation bei gleicher Abduktion. 3 Monate nach der Reposition Tod an interkurrenter Infektionskrankheit.

Der Leiche konnte die linke Beckenhälfte und das obere Drittel des Femur in toto entnommen werden. Die Präparation erfolgte ein halbes Jahr später. (Fig. 1 auf Taf. II—III.)

Die Gelenkkapsel wurde zunächst dargestellt, Besonderheiten waren an ihr nicht zu sehen. Alsdann wurde das Gelenk durch einen zirkulären Schnitt geöffnet und so aufgeklappt, dass der Kopf nur noch an der oberen zum Trochanter major ziehenden Kapselpartie hing. Hierbei riss das ganz dünne, ein Häutchen darstellende Ligamentum teres an seiner Kopfinsertion ab. Der Kopf ist im ganzen gut geformt, besitzt aber eine deutliche medioposteriore Abflachung. Dadurch entsteht bei der Betrachtung von oben der Eindruck, als bilde Schenkelhals und Kopf eine nach vorne konvexe Linie. Der Knorpelüberzug des Kopfes ist durchaus normal.

Der Schenkelhals ist sehr kurz, er verläuft nach hinten und etwas nach aussen zum Trochanter, welcher in gleicher Höhe wie der obere Kopfrand steht. Es handelt sich um Coxa vara und um ziemlich starke Anteversion des oberen Femurendes. Letzteres war schon dem vor der Einrenkung bei nach vorne gerichteter Patella hergestellten Röntgenbild zu entnehmen, von dem eine Pause bei-

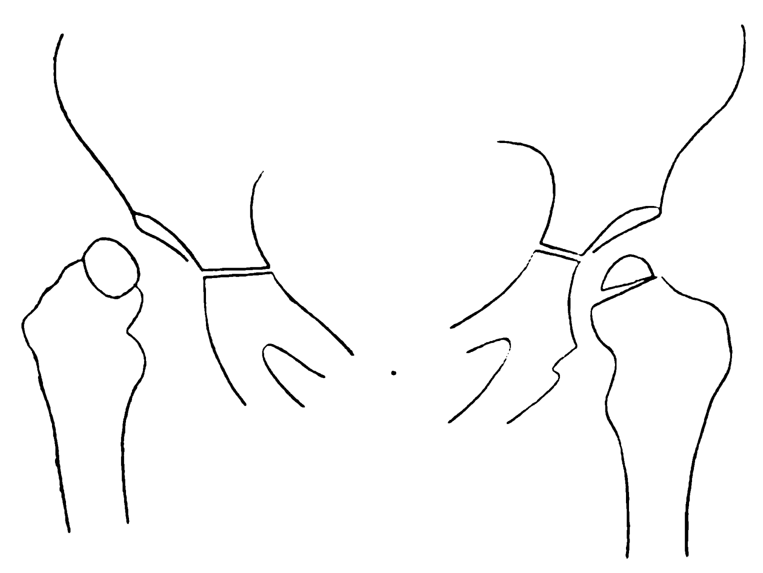


Fig. 2.
(Fig. 1 u. 3 siehe auf Taf. II—III.)

gegeben ist (Fig. 2). Das Ligamentum teres entspringt am vorderen unteren Pfannenrand bezw. an der Kapsel und stellt, wie schon er-



wähnt, ein flaches Häutchen dar. Die Gelenkkapsel ist in ihren hinteren und äusseren Anteilen sehr dick, von der früher jedenfalls vorhanden gewesenen Fältelung ist nichts mehr wahrnehmbar. Sie lässt daselbst eine strukturelle Sonderung in eine äussere fibröse und eine innere mehr knorpelartige Schicht erkennen, die allmählich in den Limbus übergeht.

Der Limbus cartilagineus lässt sich in seiner hinteren Hälfte sehr gut darstellen, er ist durch eine Spalte von dem Pfannenrand getrennt.

Die Pfanne hat eine leicht ovale Gestalt. Vom Pfannenrand an senkt sich allseitig der Pfannenknorpel in die Tiefe, er kleidet aber die Pfanne keineswegs in normaler Ausdehnung aus, sondern stellt nur einen Saum dar, der oben etwa 5 mm, hinten etwas weniger breit und im übrigen nur angedeutet ist. An den unregelmässigen freien Rand schliesst sich dann straffes Fettgewebe an, das der vergrösserten Fossa acetabuli in etwa 2—3 mm dicker Schicht aufsitzend den grössten Teil des Pfannengrundes darstellt. Es wurde abpräpariert und, wie die Abbildung zeigt, zwecks Veranschaulichung der Verhältnisse vorgezogen und nach unten geklappt. Dass der knöcherne Pfannenboden nicht unerheblich verdickt ist, zeigt ein Blick auf Fig. 2. Sehr schön präsentiert sich die Pfannenkonfiguration auf der Röntgenaufnahme des Präparates. Man sieht hier ungemein deutlich, wie wenig kongruent die knöcherne und die fibrös-knorpelige Pfanne sind. Die knöcherne Pfanne der Fig. 2 und 3 ist ein flaches tellerförmiges Gebilde. Während diese Konfiguration die Stabilität der Reposition höchst zweifelhaft erscheinen lässt, liegt in Wahrheit die Sache ganz anders und wesentlich günstiger: Knorpel und fibröses Gewebe bilden einen sehr ansehnlichen Pfannenrand und umschliessen einen Hohlraum, in welchem der Kopf tief und sicher eingetaucht ist.

Der Kopf passt in die Pfanne durchaus gut hinein, freilich mehr mit dem hinteren Umfang als mit seinem eigentlich medialen Anteil, eben infolge der Anteversion, welche Fig. 3 veranschaulicht. Dadurch kommt es, dass der Schatten des Kopfkernes und des Trochanteransatzes sich teilweise decken.

Wir können aus dem recht instruktiven Präparat also erkennen, dass nach der Reposition in erster Linie die Kapselschrumpfung — und Anpassung sich vollzieht und zwar in weitgehendem Masse, so dass schon nach 3 Monaten geradezu normale Kapselverhältnisse vorliegen. Viel weniger günstig präsentiert sich die Pfannenbildung, es kann fraglich erscheinen, ob in diesem Fall das Fettgewebe des



Pfannengrundes in grösserer Ausdehnung allmählich in Knorpel verwandelt worden wäre.

Immerhin ist auch nach einem Vierteljahr schon eine Pfanne vorhanden, welche in allen Dimensionen genügt, um dem Gelenk ausreichende und dauernde Festigkeit zu garantieren.

Funktionelle Behandlung der Skoliose nebst einem Beitrag zur Kenntnis einiger orthogenetisch-degenerativer Krankheiten. Von **R. Klapp**-Berlin. Zweite Auflage. Mit 116 Abbildungen. Jena, Verlag von G. Fischer 1910. Preis 4.50 Mk.

Mit grosser Energie hat Kl. sich um die weitere Ausbildung des Kriechverfahrens bemüht und vereinigt in dem Buch, das mehr eine Neuschöpfung als eine neue Auflage darstellt, eigene und fremde Erfahrungen.

Das erste Kapitel befasst sich mit der Bedeutung der aufrechten Körperhaltung für die Entstehung der sog. orthogenetischen Erkrankungen, besonders des Thorax und seines Inhaltes. Auf Grund seiner Erwägungen hält er ein prophylaktisches Kriechen nicht nur für Thoraxanomalien, sondern auch für die Verhütung von Lungen- und Herzleiden für zweckmässig.

In den folgenden Kapiteln werden in ausführlicher Weise das Kriechverfahren und die gegen dasselbe erhobenen Einwände erörtert. Es zeigt sich, dass zur Entkräftung der letzteren und speziell behufs einer besseren Lokalisation der Umkrümmung das Verfahren modifiziert wurde, dadurch freilich auch eines Hauptvorzuges, der Einfachheit, teilweise verlustig gegangen ist.

Die Technik des Gipsbettes wird von einer Krankenschwester beschrieben.

Hinsichtlich der Prophylaxe glaubt Kl. das Kriechverfahren auch für die Schule empfehlen zu sollen.

Wer über das Klapp'sche Verfahren sich ein abschliessendes Urteil bilden will, wird es erst nach Lektüre dieser neuen Auflage tun dürfen.

Durch einen bedauerlichen Manuskriptverlust kommt diese Aufforderung des Ref. leider sehr verspätet, was Verfasser wie Leser freundlichst entschuldigen wollen.

Vulpius-Heidelberg.

Alban Köhler (Wiesbaden). Das Röntgenverfahren in der Chirurgie. Mit 55 Figuren auf 4 Tafeln und 17 Figuren im Text. Berlin 1911, H. Meusser.

Das kleine Buch ist der 1. Band der „Bibliothek der physikalisch-medizinischen Techniken“, welche von Heinz Bauer herausgegeben und für Aerzte, Physiker und Techniker bestimmt sein wird, um diese kurz und doch gründlich über diese Kapitel zu orientieren. Nur 5 Bogen werden gegeben, aber in ihnen ist dank der Erfahrung und dem Geschick des Verfassers erstaunlich viel untergebracht. Auch die frische Art der Darstellung beweist, wie sehr alles Vorgetragene selbst Erlebtes ist.

Die zahlreichen Reproduktionen von charakteristischen Röntgenbildern sind einzig schön, die ganze Ausstattung eine hervorragende.

Vulpius-Heidelberg.

F. Schmale (Bielefeld). Freiübungen zur Erzielung schöner Körperhaltung. 4. Auflage, mit 43 Abbildungen. Bielefeld-Leipzig 1911. Velhagen und Klasing.

Zur Uebung der Wirbelsäule und Entwicklung guter Haltung empfiehlt Verfasser, der Oberturnlehrer in Bielefeld ist, in den Plan der Turnstunden eine Serie von Spezialübungen aufzunehmen, die in Wort und Bild dargestellt werden.

Manche dieser Uebungen sind den Orthopäden geläufig, andere wird er mit Nutzen dem Skoliosenturnplan einfügen.

Vulpius-Heidelberg.

---

1) **H. Küttner** (Breslau). Die Transplantation aus der Leiche. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 75. Bd. 1. H. p. 1.)

Auf Grund der günstigen Resultate in 3 Fällen von Transplantation von Gelenkteilen aus der Leiche (2 Hüftgelenke, 1 Tibiagelenkteil) kommt Verf. zu der Ueberzeugung, dass die Transplantation aus der Leiche eine Zukunft hat. Grösste Vorsicht bei Auswahl des Leichenmateriales ist selbstverständlich notwendig, um sicher einwandfreies Material zu bekommen. Dabei hat unbedingt die Sektion des Spenders und die bakteriologische Untersuchung des zur Transplantation bestimmten Teiles vorauszugehen. Wenn es auch von Vorteil ist, möglichst lebensfrisches Material zu transplantieren, so kann es nach Verf'. Erfahrungen doch 27—35 Stunden p. mort. zur Einheilung gebracht werden. Es muss vollkommen aseptisch, wie bei einer Operation, entnommen und dann in sterile und auf 1—2° abgekühlte Ringer'sche Lösung (Na chlorat = 9,0,



Ca chlorat = 0,24, K. chlorat = 0,42, Na bicarb = 0,3 Aq. dest. ad 1000,0) gebracht werden. Zur Vereinigung am geeignetesten ist die Bolzung. — Die Nachuntersuchungen ergaben in allen 3 Fällen des Verf. vollkommene Einheilung. An dem Präparat des 1. Falles war nirgends eine Spur von Resorptionsvorgängen im Knochen zu beobachten. Von besonderem Interesse ist die fast völlig normal gebildete Gelenkkapsel und die an normalen Stellen wieder eingetretene Insertion der abgetrennten Muskeln. — Tierexperimente, auch anderes Gewebe aus der Leiche zu transplantieren, waren völlig ergebnislos. **Balsch**-Heidelberg.

2) **K. Haeberlin** (Nauheim). Zur Kenntnis des Frühstadiums der sogenannten Ostitis fibrosa nebst Bemerkungen über das Wesen dieser Erkrankung." (Bruns Beitr. 74. Bd. (Festband f. L. Rehn) p. 59.)

H. hatte Gelegenheit, einen Fall sog. Ostitis fibrosa von Recklinghausen im Frühstadium zu beobachten. Er teilt den pathologischen und histologischen Befund dieses Falles genau mit und geht dann auf die verschiedenen Ansichten der Autoren über das Wesen der Erkrankung ein. Im wesentlichen sind darunter 2 Gruppen zu unterscheiden: solche, die für eine blastomatöse, und solche, die für eine entzündliche Genese der Affektion eintreten. H. glaubt, dass die Erkrankung im Beginn blastomatösen Charakter habe, das fibrogene Osteom. Das chronische Trauma der zentralen blastomatösen Proliferation setzt dann den Reiz, der die reaktiven Erscheinungen „der ossifizierenden Ostitis und Periostitis, der fibrösen Osteomyelitis, der Osteoblastentätigkeit, der Osteoklase, der Hämorrhagien und der Phagozytose auslöst. Die exakte Bezeichnung für die komplizierte v. Recklinghausen'sche Krankheit wäre darnach: Endostalfibrogene umschriebene Osteomatose mit sekundärer Markfibrose, variierenden Riesenzellenansammlungen und konsekutiven Gewebsdegenerationen. **Balsch**-Heidelberg.

3) **B. Herzfeld.** Ein Beitrag zur Frage der multiplen kartilaginären Exostosis. (Arch. f. klin. Chir. 96, 1.)

21 jähriges Mädchen mit zahlreichen kartilag. Exostosen. Die auch in diesem Falle beobachtete Lux. capit. radii findet eine neue Erklärung als Druck — d. h. Belastungsfolge.

Landwehr-Heidelberg.

4) **Dobrotworsky.** Die Rippen als Material zur Knochenautoplastik. (Zentralbl. f. Chir. 1911, 32.)

Wegen der leichten Spaltbarkeit in der Fläche erscheinen dem



Verf. Rippen zur Deckung von Schädellücken, doppelt interponiert zur Füllung von Röhrenknochendefekten sehr empfehlenswert.

Landwehr-Heidelberg.

5) **Gerves** und **Susewind** (Barmen). Aus dem berufsgenossenschaftlichen Genesungshause. (Monatsschr. f. Unfallheilkd. 1911 H. 4.)

Verf. berichten über ihre günstigen Erfahrungen bei Frakturen, die unmittelbar nach dem Unfall in ihre Behandlung gekommen waren, im Gegensatz zu den Fällen, die erst nach der 13. Woche zur Nachbehandlung kamen.

Die Erwerbsbeeinträchtigung betrug durchschnittlich bei Schlüsselbein-, Oberarm-, Schulter- und Ellenbogenfrakturen am Ende einer durchschnittlichen 54 tägigen Behandlungsdauer ca. 8 %, bei Vorderarm-, Handgelenk-, Mittelhand- und Fingerbrüchen am Ende einer durchschnittlichen 48 tägigen Behandlungsdauer ca. 5 %, bei Unterschenkel-, Fusswurzel-, Mittelfuss- und Zehenbrüchen am Ende einer 49 tägigen Behandlungsdauer ca. 8 %.

In der Behandlung wird die Dauer der fixierenden Verbände auf das allergeringste Mass herabgedrückt. **Meyer**-Lübeck.

6) **G. Hurtado.** Cuerpos extranos articulares. (Fremdkörper in den Gelenken.) (Revista de Medicina y Cirugia prácticas de Madrid. Bd. XXXV. 1911. No. 1. 183.)

H. gibt im Anschluss an den von ihm operierten Fall einer Meniskusverletzung eine übersichtliche Darstellung der Prinzipien der Behandlung der Fremdkörper in den Gelenken, und speziell auch der von Hoffa geschilderten Fettgeschwulst.

Stein-Wiesbaden.

7) **Thiem.** Tuberkulose und Unfall. (Monatsschr. f. Unfallheilkd. 1911, 6. H.)

Die Entwicklung einer Tuberkulose unter Einwirkung einer stumpfen Gewalt ist denkbar:

1) Wenn die quetschende Gewalt einen bereits aktiven, aber langsam sich entwickelnden Herd trifft.

2) Wenn sie mechanisch tuberkulöse Pfröpfe in die geborstenen Blutgefässe presst, dadurch metastatische Tuberkulose erzeugend.

3) Wenn sie einen bereits abgekapselten Herd trifft, die Kapsel sprengt oder im Innern eine frische Entzündung entfacht, in deren Verlauf die Kapsel gesprengt wird.

4) Wenn in allerdings seltenen Fällen durch die quetschende Gewalt auf der Haut befindliche Tuberkelbazillen in die Tiefe gepresst werden.



Für posttraumatische Tuberkulose muss ein gewisser, wenn auch nicht übermässig hoher Grad der Gewalteinwirkung verlangt werden. Bei Frakturen der langen Röhrenknochen ist die Callusbildung der Ausbildung einer Tuberkulose hinderlich.

Charakteristisch für eine posttraumatische Tuberkulose ist das Nichtheilenwollen einer Verletzung, die sonst in wenigen Wochen abgeklungen ist, bis nach einiger Zeit die tuberkulöse Natur offenbar wird. Etwa 25 % der örtlichen Tuberkulose ist ein Trauma vorangegangen. **Meyer**-Lübeck.

8) **Max Brandes.** Ueber Trypsinanwendung in der Behandlung chirurgischer Tuberkulosen. (Münch. med. Woch. 1911, Nr. 28.)

Aus der Anschützschen Klinik berichtet B. über die Erfahrungen mit Trypsin, dass er Erfolge sah bei kalten Abszessen (Weichteilwie Senkungsabszessen), die er punktierte und mit Trypsin injizierte, dass er dagegen bei fungösen Tuberkulosen der Gelenke und Sehnenscheiden Misserfolge hatte. Bei diesen fungösen Formen wandelten sich die schwammigen Massen nach den Injektionen nicht in festes Bindegewebe um, sondern bei 2 Fällen erfolgten dennoch multiple Erweichungen und Abszedierungen, die zur Operation zwangen. In einem Falle, bei einer fungösen Fusstuberkulose, heilte ein wallnussgrosser Abszess nach mehreren Injektionen dauernd aus. In einem anderen Fall stellte sich danach ein starkes schmerzhaftes Oedem ein. Bei Sehnenscheidenhygromen traten danach heftige Schmerzen auf, die eine weitere Behandlung verboten. Dagegen schwanden grössere kalte Senkungsabszesse prompt, so bei spondylitischen Senkungsabszessen, Weichteilabszessen nach Coxitis. Der Eiter wurde dünnflüssig und serös-hämorrhogisch, die Abszesswendung verdickte sich. Auch ein Abszess des Unterschenkels, von einem im Röntgenbild diagnostizierten Tibiaherd ausgehend, heilte aus. Fisteln und Lymphombildungen wurden nicht mit Trypsin behandelt. Nebenwirkungen: bisweilen fortschreitender Zerfall auch des gesunden Gewebes über den Abszess hinaus, sodass es zur Arrodierung der Haut kam. Die Gewebseinschmelzung macht eben auch vor dem Gesunden nicht Halt. In 2 Fällen unter Fieber Fistelbildung, nicht durch Infektion, sondern offenbar durch Trypsinwirkung. Abszessbehandlung ist nicht schmerzhaft. Verwendet wurde die von Freund und Redlich hergestellte, in Violen sterilisierte 1proz. Trypsinlösung, von der jedesmal 2-4-6 Violen eingespritzt wurden. **Hohmann**-München.



9) **Buccheri** (Palermo). Die chirurgische Behandlung der Gelenkdeformitäten. (Zeitsch. f. orth. Chir. Bd. 28, S. 114.)

In Bezug auf die Tuberkulose der Gelenke, insbesondere des Knie- und Hüftgelenks erklärt sich B. durchaus zu Gunsten der konservativen Behandlung. (Gipsverband evtl. Injektionen ins Gelenk.) Bei frischen entzündlichen Kontrakturen der Gelenke der unteren Extremität ist eine Ruhigstellung durch fixierenden Verband das beste Verfahren. Ist die Schmerzhaftigkeit zurückgegangen, so ist ein allmähliges Redressement angebracht, während knöcherne Ankylose eine Osteotomie nötig macht. Das Genu recurvatum kann je nach der Ursache ein bewegliches oder ankylosiertes sein. Die Therapie muss auch dem entsprechend eine sehr verschiedene sein. Die Coxa valga gibt selten zum chirurgischen Eingreifen Veranlassung, auch bei Coxa vara wird nur in sehr veralteten Fällen eine Osteotomie nötig werden, während die meisten durch Extension, Redressement etc. bereits günstig zu beeinflussen sind. Bei Genu valgum empfiehlt B. das Redressement resp. die Epiphysenablösung, die Osteotomie soll nur in Ausnahmefällen in Anwendung kommen. Die Behandlung der veralteten Patellarfraktur und der habituellen Luxation der Kniescheibe wird in der Regel eine operative sein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

10) **Walkhoff** (Berlin-Gr.-Lichterfeld), **Ewald** (Hamburg) und **Preiser** (Hamburg). Die vaskuläre Theorie der Arthritis deformans. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 28, S. 231.)

Die Verf. haben die von Wollenberg aufgestellte Theorie über die vaskuläre Entstehung der Arthritis deformans an einer Reihe von Versuchstieren nachgeprüft. Bei der grossen Mehrzahl der Tiere waren überhaupt keine Veränderungen an den Kniegelenken, deren Patella zur Erzeugung einer Zirkulationsbehinderung nach W's Vorgehen umnäht waren, nachzuweisen. In zwei Fällen, bei denen nach dem Röntgenbild und der makroskopischen Untersuchung der Anschein einer Arthritis deformans bestand, ergab die mikroskopische Untersuchung bei dem einen, dass eine Verletzung der Patella mit konsekutiver Ernährungsstörung vorlag, im anderen Falle war die Nadel zu tief eingedrungen und hatte die Synovialis mitgefasst, wodurch eine Nekrose der benachbarten Knorpelpartien eingetreten war. Pathologisch anatomisch war demnach in keinem Falle Arthritis deformans nachzuweisen. An den Gefässen fanden sich keine Veränderungen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



11) **Charlton Briscoe.** Rheumatoid Arthritis. (Brit. med. Journ. 11. March 1911.)

Die Aetiologie des multilokulären Gelenkrheumatismus ist noch nicht einheitlich geklärt. Wenn Verf. auch in vielen Fällen die bakteriologische Veranlassung zugibt, so neigt er doch mehr dazu, den Rheumatismus als eine Folge einer Stoffwechselerkrankung anzusehen. Er stützt sich auf die Forschungen von Joulie und Nicolaidi, Paris, über deren Ergebnisse Watkin (Lancet 20. Juni 08) berichtet, die nachgewiesen haben, dass bei dem Gelenkrheumatismus die Azidität und die Quantität der Phosphate im Urin von der Norm abweicht und bei entsprechender Behandlung, Zurückführen auf die Norm die Gelenkerkrankungen im Frühstadium ausgeheilt oder im späteren Stadium zum Stillstand gebracht werden, und ein Fortschreiten der subakuten resp. chronischen Symptome vermieden wird.

Näheres über die chemischen Einzelheiten dieser Theorie im Original nachzulesen. **Mosenthal**-Berlin.

12) **Falkenstein.** Zur Bekämpfung des akuten Gichtanfalls. (Münch. med. Woch. 1911, Nr. 26.)

Der durch seine Salzsäure-Jodtherapie bei Gicht bekannte Verfasser empfiehlt zur Schmerzstillung beim akuten Gichtanfall die Lokalanästhesie und zwar verwandte er das Eusemin, von dem er 1, bei schweren Schmerzanfällen 2—3 Ampullen in unmittelbarer Nähe der Schmerzstellen injizierte und zwar bei fettreicher Haut durch die Dicke der Fettschicht hindurch. Dadurch sah er mehrere Stunden lang ein Nachlassen der Schmerzen.

Hohmann-München.

13) **Fernández Sanz:** El signo de Babinski en el reumatismo cronico. (Das Babinski'sche Zeichen beim chronischen Rheumatismus. (Revista de Medicina y Cirugia prácticas de Madrid. Bd. XXXV. 1911. No. 1. 183.)

Tesié in Lyon hat mehrfach die Behauptung aufgestellt, dass der chronische Rheumatismus auf einer Alteration der nervösen Elemente beruhe. und hat dabei eine toxische Infektion angenommen. S. hat versucht, diese Behauptung auf ihre Richtigkeit nachzuprüfen, und hat unter einer sehr grossen Anzahl von Fällen, die sicher ausgewählt waren, und bei denen mit Bestimmtheit chronischer Rheumatismus vorlag, niemals das Babinski'sche Zeichen feststellen können. **Stein**-Wiesbaden.



14) **Natzler** (Heidelberg). Experimentelles zur Sehnenüberpflanzungsnaht. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 28, S. 455.

Um die von Lange aufgestellte Behauptung, dass die Naht von Sehne auf Sehne, besonders bei paralytischen Muskeln nur eine sehr geringe Haltbarkeit besitze, zu entkräften, hat N. in der Vulpiusschen Klinik Belastungsproben an normalen sowie an den Sehnen gelähmter Muskeln angestellt. Es ergab sich daraus, dass nicht nur gesunde, sondern auch paralytische Sehnen erhebliche Belastungen (meist über 10 kg, ja bis 21 kg) aushalten. Auch die Belastungsproben von Sehnennähten (gesunde Sehne auf gesunde, kranke auf kranke) ergaben einen erheblichen Widerstand der Naht, während einige zur Kontrolle ausgeführten periostalen Ueberpflanzungen bei sehr viel geringeren Belastungen abrissen. Auch erwies sich, dass die gelähmten Sehnen keineswegs abnorm dehnbar waren.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Erlacher** (Graz). Vorstudien zur Pathologie der motorischen Nervenendigungen. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 28, S. 526.)

E. hat durch mikroskopische Untersuchungen von Kaninchenmuskeln festgestellt, dass die einzelnen Muskelfibrillen von marklosen Nervenfibrillen versorgt werden, die aus markhaltigen unter einander anastomosierenden Fasern hervorgehen. Auch die feinsten marklosen Fibrillen stehen durch feinste Fasern miteinander in Verbindung und gehen teils durch Vermittlung von Schleifen und Verdickungen teils direkt in das Endbäumchen (Verzweigungen des Nervenplasmas im Sarkoplasma) über. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

16) **v. Mayersbach** (Graz). Zur histologischen Orientierung der Nervenleitungen. (Zeitschr. f. orth. Chir., Bd. 28, S. 535.)

M. hat versucht, durch Exstirpation einer bestimmten Muskelgruppe (Extensoren der oberen Extremität) bei einer jungen Meerkatze eine aufsteigende Degeneration der zugehörigen Nervenbahnen und damit eine Lagebestimmung dieser betreffenden Partien im Nervenquerschnitt zu erhalten. Der gelungene Versuch ergab in diesem speziellen Falle das gleiche Resultat, das s. Zt. Stoffel durch anatomische Präparation der Nerven erreichte.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

17) **Vipond** (Montreal). The etiology of Poliomyelitis. (Brit. med. Journ. 18. March 1911.)

Auf Grund von zeitlichem Zusammentreffen einer Typhus- und Poliomyelitis-Epidemie in Quebek hat Verf. Forschungen über



den Zusammenhang dieser Krankheiten angestellt und kommt zu dem Resultat, dass beide Krankheiten von demselben Bazillus verursacht werden und zwar auf Grund folgender Beobachtungen: Beide Erkrankungen sind am häufigsten zur selben Jahreszeit; Diarrhoe ist eine gewöhnliche Begleiterscheinung der Pol. Die Inkubationsdauer ist die gleiche, 10—13 Tage. Beide Krankheiten kommen zu der Zeit vor, wo die Ursache für die Uebertragung des Bacillus durch Wasser oder Milch am günstigsten ist; wo gute hygienische Wasser- und Milchverhältnisse sind, sind beide Krankheiten selten. Bei 6 von 16 Pol.-Fällen war Vidal positiv. Was die Behandlung anbetrifft, so hofft er viel von der Serumtherapie.

Mosenthal-Berlin.

18) **George Parker**. An epidemic of infantile Paralysis in Bristol. (Bericht über eine Poliomyelitisepidemie von 37 Fällen in Bristol.) (Brit. med. Journ. 18. March 1911.)

Die gewöhnliche Zeit des Auftretens sind die 3 Sommermonate. Alter der Patienten 4—16 Jahr. 6 % Mortalität. Teils plötzlicher Beginn, teils rheumatoide Vorerscheinungen waren zu beobachten. Krankengeschichten.

Mosenthal-Berlin.

19) **Garrow.** Are poliomyelitis and herpes zoster the same disease? (Brit. med. Journ. 18. March 1911.)

G. schliesst aus dem häufigen Auftreten von Herpes zoster bei einer Poliom. Epidemie auf den gleichen Erreger. Er hebt hervor, dass beide zu gleicher Zeit epidemisch auftraten. Während bei der Pol. die Vorderhornzellen befallen sind, sind es bei dem Herpes die hinteren Hörner. Die Natur der Erkrankung ist die gleiche Entzündung, Hämorrhagie oder Thrombose, in beiden Fällen eine Gefässentzündung.

Mosenthal-Berlin.

20) **Marcelino Herrera Vegas y José M. Jorge** (hijo). Los Transplantes Tendinosos en el Tratamiento de la Paralisis infantil. (Die Sehnenplastik in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung.) (Buenos Aires. 1910.)

In der vorliegenden Monographie geben V. u. J. eine ausführliche Darstellung sowohl der Geschichte als auch der Technik und der Anwendungsgebiete der plastischen Operation an den Sehnen zur Behandluug von Lähmungen. Die Verff. bekennen sich im grossen und ganzen als Anhänger der Lange'schen Methode, welche die Sehnenansätze direkt an das Periost verlegt. Indessen schildern sie auch ausführlich die von Vulpius propagierten Methoden der



Sehnenüberpflanzung. 57 eigene Fälle werden mit Beigabe der genauen Krankengeschichten mitgeteilt. Das Werk ist vorzüglich ausgestattet und illustriert. **Stein**-Wiesbaden.

21) **Walther** (Graz). Kontralaterale Nerventransplantation. (Zeitschr. f. orth. Chir. Bd. 28, S. 518.)

W. hat bei einer Ziege den Nervus suprascapularis der einen Seite durch den der anderen ersetzt. Die Vereinigung erfolgte so, dass klinisch und auch anatomisch an der Nahtstelle volle Leitungsfähigkeit bestand. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

22) **Werndorff u. Winkler** (Wien). Die Jonentherapie in der Orthopädie. (Zeitschr f. orthopädische Chir. Bd. 28, S. 473.)

Die beiden Verf. treten für die von Leduc angegebene Therapie der Gelenkversteifungen ein, die in einer Einführung von Jonen speziell des Chlorions in die Gewebe mittels des elektrischen Stroms besteht. W. u. W. haben nicht die sonst üblichen mit Kochsalzlösung getränkten Kompressen oder Bäder als Elektroden benutzt, sondern Glasgefässe nach Art der Bierschen Saugglocken mit der entsprechenden Flüssigkeit gefüllt, sodass der zu behandelnde Körperteil als Diaphragma für den Durchtritt des elektrischen Stroms und zur Einführung des Chlorions diente. Die Sitzungen müssen von ziemlich langer Dauer (mindestens halbstündlich) bei höchsterreichbarer Stromintensität (bis 100 Milliampère) sein. Eine langsame Steigerung der Stromstärke erhöht die Toleranz.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

23) **F. Edgar** (Cyriax). Mechano-Therapeutics in the treatment of chronic constipation. (Brit. med. Journ. 18. March 1911.)

Die Ursachen der chronischen Obstipation beruhen auf 1) Verminderung der Peristaltik, 2) Verminderung der Funktion des Sympathicus, 3) Verminderung der Kraft und des Tonus der Abdominalmuskulatur. Die Therapie hat dementsprechend einzusetzen. Reflektorische und direkte elektrische Behandlung des abdominalen Sympathicus. Aktive und Widerstandsbewegungen der Abdominalmuskeln, respiratorische Uebungen, Massage der Muskeln und des Darmes. Vibration des unteren Leberrandes. **Mosenthal**-Berlin.

24) **Richard Mühsam**. Trepanation der rechten Tibia wegen Osteosklerose. (Berl. klin. Woch. 24, 1911.)

16 jähr. Patient zeigte seit ½ Jahr eine zunehmende Schwellung der Diaphyse der rechten Tibia, die spindelförmig, steinhart



angeschwollen war, kein Druckschmerz, sondern Schmerz beim Gehen, beide Unterschenkel etwas verkrümmt. Für Rachitis bestand kein Anzeichen, gegen Lues sprach der negative Wassermann. Jodkali steigerte die Schmerzen. Im Röntgenbild Verdickung der Diaphyse, keine Markhöhle an der Stelle der Auftreibung, und unterhalb und oberhalb. Der Knochen war im ganzen etwas undurchsichtig. Wegen der starken Beschwerden Operation: Aufmeisseln des Knochens, der steinhart wie Elfenbein war, wenig blutete, keine Markhöhle an dieser Stelle zeigte, nur ober- und unterhalb eine kleine Markhöhle aufwies. Auskratzung, Glättung der Meisselflächen, Naht, glatte Heilung. Beschwerden waren verschwunden. Trepanation der Röhrenknochen wegen Osteosklerose ist von Nehrkorn ausgeführt worden, der bei 40jähr. Patienten nach und nach die Humeri, Femora und Tibiae aufmeisselte, wonach die Schmerzen verschwanden. Auch hier steigerte eine antiluetische Kur die Beschwerden. **Hohmann**-München.

25) **Sulzer.** Ueber subperiostale Diaphysenresektion bei Ostitis acuta purulenta fibulae. (Münch. med. Woch. 1911, Nr. 28.)

Nach dem Beispiele Olliers wurden in der Tillmannschen Klinik kut-eitrige Prozesse der Röhrenknochen, vor allem der Fibula mit Resektion der Diaphyse subperiostal behandelt. An Krankengeschichten leichterer Infektion zeigt S. den oft sehr langwierigen Verlauf bei der gewöhnlichen Behandlung mit Inzision des Eiterherdes und Exkochleation, an schweren Fällen das vollständige Versagen des Eingriffes. An Fällen, die mit der Diaphysenresektion unter Schonung des Periostschlauchs und der Epiphysen behandelt wurden, demonstriert er die glatte schnelle Heilung unter Regeneration der resezierten Fibuladiaphyse. Bei schwer beeinträchtigtem Allgemeinbefinden hält er die Entfernung des ganzen Krankheitsherdes durch die Resektion für indiziert, ebenso bei jeder mehr diffusen eitrigen Fibulaerkrankung, ob nun das Periost bereits abgelöst ist oder noch nicht. **Hohmann**-München.

26) **Ludloff** (Breslau). Zur Beurteilung der Calcaneusfrakturen. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 75. Bd. 1. u. 2. H. p. 209.)

Um die bei alten Calcaneusfrakturen noch bestehenden Beschwerden objektiv prüfen zu können, empfiehlt Verf. Röntgenbilder von beiden Füssen gleichzeitig bei symmetrischer Röhreneinstellung und in 2 Ebenen (Seitenlage, und bei aufstehender Ferse) zu machen. Bei Vergleich solcher Bilder zeigt sich erstens einmal die veränderte



Form des Calcaneus (meist Varusform) am deutlichsten, dann aber waren auch einzelne kleine rarefizierte Stellen in der Knochenstruktur zu bemerken, die in direktem Verhältnis zur Schmerzschonung des Beines standen, und auch als Grundlage für den bei der Prüfung objektiv vorhandener Beschwerden wichtigen Perkussionsschmerz des Calcaneus angesehen werden können. **Baisch**-Heidelberg.

27) **van Assen** (Rotterdam). Operative Behandlung der Fraktur des Processus posterior tali. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 28, S. 468.)

Verf. hat in einem Falle von älterer Fraktur des Proc. post. tali zur Beseitigung der Schmerzen eine Exstirpation des Bruchstückes vorgenommen. Nach 3 Wochen konnte der Pat. seine Arbeit wieder aufnehmen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

28) **Mori A.** Della frattura isolata del 2ª metatarso e del suo valore medico-legale in rapporto alla legge degli infortuni sul lavoro. (Ramazzini 1911, No. 1—2.)

Verf. hat kürzlich Gelegenheit gehabt, einen Fall von direkter, isolierter Fraktur des zweiten Metatarsus mit dauernder Luxation seines distalen Endes zu beobachten, den er kurz beschreibt nicht nur, weil er uns Gelegenheit zum Studium der funktionellen Störungen gibt, welche diese traumatischen Läsionen an dem Fuss bedingen, sondern auch wegen einiger Betrachtungen forensischen Charakters inbezug auf das Unfallgesetz. **Bucheri**-Palermo.

29) **Ziegler** (Winterthur). Beitrag zur Kasuistik der Luxationen im Lissfrancschen Gelenk. (Mit 3 Fig.) (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. 1911, XVII, 1. S. 19.)

Z. hat drei Fälle beobachtet. Aetiologisch und anatomisch sprechen sie für die Annahme von Malgaigne, Hoffa und Lossen, wonach die laterale Verrenkung nur kombiniert sein muss mit einem Abbruch der Basis des Metatarsale II oder aber bei dessen Intaktbleiben die Zwischenstufe einer dorsalen Luxation vorausgesetzt werden muss. Ein häufiger Befund — auch in den drei Fällen beobachtet — ist die gleichzeitige Luxation zwischen dem ersten und zweiten Keilbein. Zur besseren Isolierung der einzelnen Keilbeine, als sie bei der gewöhnlichen dorso-plantaren Aufnahme möglich ist, empfiehlt Z. mit einer mittelweichen Zentral-Therapieröhre von unten zu bestrahlen, während man einen Film mittels einer weichen Binde auf dem Fussrücken fixiert. **Natzler**-Heidelberg.



30) **E. G. del Mazo:** Un caso de localizacion osteoperiostocalcánea del reumatismo blenorágico. (Mitteilung eines Falles von Calcaneussporn mit sehr heftigen Schmerzen, welche im Verlaufe einer akuten Gonorrhoe auftraten.) (Actas Dermo-Sifiliograficas. Bd. II. 1910. No. 2.)

Der Verf. hält den Fall deshalb für besonderes bemerkenswert, weil die Erkrankung einseitig auftrat. (Ist durchaus keine Seltenheit. Ref.) **Stein**-Wiesbaden.

31) **J. D. Griffith** (Kansas City). Osteophytes of the os calcis. (Am. Journ. of Orth. surg. VIII, 3.)

Mechanischer Reiz insbesondere bei falscher Fussbelastung ruft ohne bakterielle Entzündung die periostale Neubildung des Calcaneussporns hervor. Operative Behandlung. **Landwehr**-Heidelberg.

32) **Robert E. Soule** (New York). Treatment of congenital talipes equinovarus. (Am. Journ. of orth. surg. VIII, 4.)

Die Einwärtsrotation des Unterschenkels ist Folge des Fortbestehens der Fussdeformität; ebenso X-Kniee Belastungsfolge bei unbehandelten Füssen. S. verwirft Behandlung durch Angehörige und hält ärztliche mittels Gipsverbänden für empfehlenswerter als mit wechselbaren Verbänden; insbesondere soll die Atrophie geringer sein. Tenotomie ist selten notwendig. **Landwehr**-Heidelberg.

33) **Lang** (Paris). Résultat orthopédique de l'astragalectomie chez l'enfant. (Das orthopädische Resultat der Talusexstirpation im kindlichen Alter). (Revue d' orthopédie Bd. 22, S. 43)

Der äusseren Form nach wird keine sehr wesentliche Verstümmlung des Fusses durch die Exstirpation des Talus herbeigeführt, doch wird der Fuss auf alle Fälle kürzer. Es ist dabei gleich, ob Klumpfussbildung, Tuberkulose oder Deformation nach Poliomyelitis die Veranlassung zur Exstirpation des Talus gegeben haben. Die Beweglichkeit pflegt nach der Operation wegen Klumpfuss nicht sehr hervorragend zu sein, bei Tuberkulose ist sie oft recht ausgiebig, manchmal ausgiebiger als bei konservativer Behandlung. Der Gang erfolgt zum Teil mit im Knie gebeugtem Bein, um den Fuss im rechten Winkel halten zu können, zum Teil in Spitzfussstellung, wobei entweder das Knie gebeugt wird oder im Gegenteil in Genu recurvatumstellung kommt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

34) **Henneberg** u. **Kirsch** (Magdeburg). Der Plattfuss in der Volksschule. (Zeitsch. f. orth. Chir. Bd. 28., S. 371)

Die Verf. haben die 741 Knaben einer Volksschule untersucht



und bei 17,27% Plattfüsse fest gestellt. In den höheren Klassen war der Prozentsatz 26,82 bis 27,27, in den untersten 10,34 bis 13,11. Es findet also ein starkes Ansteigen in der Zahl der Deformitäten mit dem zunehmenden Alter statt. Die Verf. glauben als Ursache des Plattfusses die Rachitis annehmen zu müssen. Bei einigen war auch bereits Fixation des Plattfusses eingetreten. Knickfuss fand sich bei 46,1%. Untersuchungen bei Hamburger Schülern durch Ewald haben höhere Zahlen ergeben (Plattfuss bei 1/3, Knickfuss bei 3/5 aller Schüler). H. und K. schliessen sich nach ihren Untersuchungen der von Ewald ausgesprochenen Ansicht an, dass der Plattfuss im Kindesalter entsteht, aber später funktionsuntüchtig und schmerzhaft wird und daher erst in späterem Lebensalter (Pubertät) zur Kenntnis des Arztes gelangt. Die Verf. raten bei ensinkendem Fussgewölbe prophylaktische Einlagen zu verordnen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

35) **E. H. Bradford** (Boston). Treatment of flat-foot.
(The american journal of orthop. surgery. VIII, 3.)

Die Hauptursache der statischen Fusskrankheiten sieht B. in der Minderwertigkeit der käuflichen Schuhe. Der Grad der Schwäche des Fusses und seiner Deformierung bedingen verschiedene therapeutische Massnahmen. Es gilt, dem Pat. die Möglichkeit wieder zu verschaffen, den Fuss so durch das Körpergewicht zu belasten, dass dies unter den besten mechanischen Bedingungen zum Bau und dem Kraftaufwand geschieht. — Eine Plattfusseinlage hat nicht viel mehr Wert als eine Krücke. Jeder nach dem Leisten gearbeitete Schuh wird den Fuss eines barfüssigen Wilden einschnüren Ein Schuh, der die normale Fussbeweglichkeit hemmt (wie dies auch von vielen Einlagen gilt), wirkt nicht heilend. Den Hauptnachdruck legt Verf. auf die Fussgymnastik. Die Behinderung der Gelenkbeweglichkeit verrät sich nicht immer durch Deformität. Forzierte Redression wird befürwortet, von blutigen Eingriffen höchstens lineäre Talus- oder Calcaneusosteotomie empfohlen.

Landwehr-Heidelberg.

36) **Ewald.** Plattfusschmerzen und Arthritis deformans.
(Berl. klin. Woch. Nr. 15, 1911.)

E. betont das häufige Vorkommen deformierender Arthritis beim Plattfuss, auch schon im jugendlichen Alter. Die osteophytartigen Bildungen an der Dorsalseite des Talus, Naviculare, Kuboid, Kalkaneus deuten auf Arthritis deformans. Beschwerden treten meist erst nach Reizung der Gelenkkapsel auf, oft vergehen Jahre ohne



alle Beschwerden. Bisweilen bestehen an solchen Füssen Oedeme, leichtes Schwitzen, Kälte und Zyanose, wie beim gewöhnlichen Plattfuss. **Hohmann**-München.

37) **Rochard** (Paris). Du pied plat valgus douloureux traumatique. (Ueber den schmerzhaften Platt-Knickfuss nach Trauma.) (Revue d'orthop. Bd. 22. S. 193.)

R. stellt das Krankheitsbild des Plattfusses nach Trauma auf. Meistens handelt es sich dabei um Frakturen oder Infraktionen der Fibula ohne Lockerung der Malleolengabel. Der Fuss zeigt unbelastet zum Teil normale Form, die Abflachung tritt erst bei Belastung ein. R. glaubt, dass es sich um eine Bänderzerreissung im Chopartschen Gelenk handele. Therapeutisch war die Verordnung einer Einlage von gutem Erfolg. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

38) **Arturo Galcerán Gaspar**. Pie plano doloroso. Parálisis del peroneo lateral largo. (Revista de Medicina y Cirugia prácticas de Madrid. Bd. XXXIV. 1910. No. 1. 147.)

26 jähriger Mann, welcher seit 8 Jahren an heftigen Schmerzen in der Gegend des Mittelfusses und der Ferse beiderseits leidet. Allmählich hat sich hochgradige Plattfussstellung entwickelt. G. glaubt, dass dieser Folgezustand auf eine Lähmung des Peroneus zurückzuführen sei. (? Ref.) Galvanisation der Peronealmuskulatur, sowie der Fussgelenke mit sehr starken Strömen, unter Verwendung einer Chlorlithiumlösung im Sinne eines elektrolytisch wirkenden Heilmittels, soll bedeutende Besserung herbeigeführt haben.

Stein-Wiesbaden.

39) **J. S. Covisa:** Un caso de talalgie de origen sifilitico. (Ein Fall von Tarsalgie mit syphilitischem Ursprung.) (Actas Dermo-Sifiliográficas. Bd. III. 1911. No. 3.)

C. bespricht den Zusammenhang der Bildung eines Calcaneussporns mit der Syphilis, und führt dabei die Ansichten der Autoren über die Aetiologie der Exostosen im Calcaneus ausführlich an. Er bespricht den Fall einer 30 jährigen Frau, welche mit sehr starken Schmerzen in der Gegend des rechten Calcaneus erkrankte, nachdem sie einige Monate vorher Lues acquiriert hatte. Gonorrhoe war nicht vorhanden. Das Röntgenbild ergab das Vorhandensein eines starken Calcaneussporns. Eine antiluetische Behandlung brachte alle subjektiven Beschwerden bald zum Schwinden, während der Sporn nach wie vor vorhanden war. C. glaubt daher, dass es sich bei dem Sporn vielfach um eine physiologische Bildung handle, und



dass der Schmerz in einer Anzahl von Fällen durch eine sekundäre Infektion verursacht werde. **Stein**-Wiesbaden.

40) **A. Mackenzie Forbes** (Montreal). An operation for anterior metatarsalgia. (Am. Journ. of Orth. surg. VIII, 3.)

M. bespricht ausführlich das mannigfache Symptomenbild der Metatarsalgie und gibt einen Rückblick auf die Geschichte des Krankheitsbildes seit Morton (1876). Zu den verschiedenen Theorien der Aetiologie fügt er folgende neue hinzu: Banderschlaffung und Schwäche des transversalen Metatarsal-Muskels lässt die Metatarsalköpfchen sinken. Die zarte Haut unter diesen erträgt den Druck nicht, ihre Wucherung infolge des Druckes noch weniger. Es folgt eine leichte Arthritis metatarso-phalangea. Auf nervösem Wege wird der M. extens. digg. mit gereizt und verursacht die unangenehme Dorsalflexion der Zehengrundgelenke; Folge hiervon ist Subluxation, die wiederum die Senkung der Köpfchen verstärkt.

Aus dieser Ueberlegung kommt M. zu folgendem therapeutischen Vorschlag: Die Sehne des Extens. digg. long. wird von den Phalangen abgetrennt und auf den Metatarsenköpfchen fixiert. Die kurzen Strecker genügen zur Erhaltung der Streckstellung der Zehen, das vordere Fussgewölbe aber wird wiederhergestellt. Es empfiehlt sich, die Sehnen in einem Knochenkanal zu vernähen.

Landwehr-Heidelberg.

41) **Lengemann.** Ein neuer Stiefel zur Verhütung und Heilung der Insufficientia pedis. (Münch. med. Woch. 1911 No. 18.)

L. hat zwei Stahlfedern unter der Brandsohle des Stiefels angebracht, deren eine den inneren Teil der Wölbung stützt, während Seitenstreben ihre Lage und Befestigung sichern. Die andere Feder ist eine Längsfeder für den mittleren Teil des Gewölbes. Die Stiefel werden fabrikmässig unter dem Namen »Nürnberger Reformstiefel Crispin« hergestellt und sollen sehr haltbar sein.

Hohmann-München.

Kongress- und Vereinsnachrichten.

42) **J. Drey.** Gesellsch. f. inn. Medizin u. Kinderheilkunde Wien. 8. VI. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 28.)

Längenwachstum und Knochenkernbildung. 4jähr. Patient bekam im 3. Lebensjahr Myxoedem. Thyreoidin erfolglos. Im nächsten Jahr neue Schilddrüsenkur mit einem Fluidextrakt (2 mal tägl. einen Kaffeelöffel). Nach 2 Monaten Steigerung des Wachstums und Gewichts, die myxoed. Schwellung schwand allmählich, Intelligenz, Obstipation, Aussehen besserten sich. Knochenkerne vermehrten sich. **Hohmann**-München.



43) **Knöpfelmacher.** Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde Wien. 8. VI. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 28.)

Barlowsche Krankheit. Präparate eines 6 jähr. Kindes, das eine Sattelnase und abnorme Brüchigkeit der Knochen hatte. An den Epiphysen fanden sich Veränderungen und am Oberschenkel trat eine Blutung auf. Die Obduktion ergab: Epiphysenlösung an einem Oberschenkel mit fast völligem Schwund der Epiphyse, Fehlen des Periosts an einer Stelle des Humerus, wo früher eine Blutung gewesen war, und eine Blutung über dem linken Femur mit Abhebung des Periosts. **Hohmann**-München

44) **Hinz.** Ein Fall von Gelenktransplantation nach Lexer. • (Freie Vereinigg. der Chir. Berlins. Ref. Zentralblatt f. Chir. 1911, 34.)

20 jähriger Pat. mit Knorpel- und Knochentuberkulose des Kniegelenks ohne Mitbeteiligung der Kapsel und der Kniescheibe (!). Plastik mit den einer Selbstmörderleiche 1½ Std. post mortem entnommenen Gelenkteilen; fistulöse Verheilung. Resektion nach 10 Monaten. Die krurale Knochenplatte war in ganzer Ausdehnung angeheilt, trotzdem aber nekrotisch; die femorale fast ganz sequestriert. **Landwehr**-Köln.

45) **Gottstein.** (Breslauer chir. Ges. 12. Juni 1911.) (Ref. Zentralbl. f. Chir. 1911, 33.)

1. Myotitis ossif. circumscripta an der Aussenseite des Oberschenkels. Ebenso wie bei Operation vor 8 Jahren fand sich eine Cyste innerhalb des verknöcherten Muskels.

2. Patellarfraktur bei Tabes. Allmähliche Verknöcherung der Quadricepssehne.

3. Multiple familiäre Olekranonfrakturen bei 3 Brüdern.

Landwehr-Heidelberg.

6) **Vulpius** (Heidelberg). 58. Versammlung mittelrhein. Aerzte Mainz. 11. VI. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 28.)

Nervenoperationen bei Lähmungen. Bei den Nervenüberpflanzungen kommt es vor allem auf die Stelle an, wo der Nerv eingepflanzt wird, in welchen Querschnittsteil des Nerven hinein. Die Indikationen sind: traumatische Verletzungen, schlaffe Lähmungen (spinale Kinderlähmung), aber auch spastische Formen, bei denen die Hyperinnervation in eine Subinnervation verwandelt werden muss. Der Försterschen Operation ist ihrer Gefahren wegen die Nervenplastik oft vorzuziehen. Bei schlaffen Lähmungen soll man frühestens 12 Monate nach der Lähmung operieren, wenn bis dahin keine Heilung oder Besserung eingetreten ist. **Hohmann**-München.

7) **Helle** (Wiesbaden). 58. Versammlung mittelrhein. Aerzte Mainz. 11. VI. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 28.)

Förstersche Operation. Littlekind, das nicht selbständig gehen konnte, wurde radikotomiert: einzeitig, vom 11. Dorsalwirbel bis 1. Sakralwirbel die hinteren Wurzeln (welche, sagt das Referat nicht. H.). Kind geht, noch etwas schleudernd und ataktisch. Bei einem Tabiker mit gastrischen Krisen wurde ebenfalls operiert. Es entstand Querschnittslähmung und Exitus nach einigen Monaten an Blasenleiden. Die gastrischen Beschwerden waren nicht beeinflusst worden. **Hohmann**-München.



48) **Dreesmann.** Allgem. ärztl. Verein Köln 20. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911 Nr. 22.)

Bruchbänder. D. beschreibt ein normales Bruchband, tritt für das Leistenbruchband mit Feder und flacher breiter Pelotte ein, während er für den Schenkelbruch eine schmale, stark konvex geformte Pelotte anwendet. Beim Nabelbruch Erwachsener legt er statt des selten gut haltenden Bruchbandes eine Leibbinde an, bei Kindern Heftpflasterstreifen, die nicht zirkulär liegen, sondern von einer Achselhöhle zur andern laufen. Stets soll der Arzt das Bruchband anpassen. **Hohmann**-München.

49) **Von den Velden** (Düsseldorf). Rhein. westfäl. Gesellsch. f. inn. Medizin und Nervenheilkunde, Köln 12. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 24.)

Wirkung der Radiumemanation. Durch Untersuchungen stellte er fest, dass das Radium die Gerinnung des Blutes beschleunigt. — Diskussion: Schultze-Bonn: Durch Radiumeinpackungen schwanden bei hartnäckiger Schultergelenkentzündung ziemlich schnell Schmerzen und Steifigkeit. Warburg-Köln: Von Radiumwasserumschlägen oder Bädern keine deutlichen Erfolge. Wohl aber von dem Aufenthalt in einer Emanationskammer: Appetitsteigerung und Besserung der Beschwerden bei Gichtikern, Muskelrheumatismus, Ischias, tabischen lancinierenden Schmerzen. Cossmann-Duisburg fragt nach den Erfolgen von Radiuminjektionen. A. Hoffmann-Düsseldorf: Die Emanatoren für Trink- und Badekur waren wirkungslos. Dagegen deutliche Erfolge in einem Emanatorium, und zwar bei Gicht, (Verschwinden der Harnsäure aus dem Blute), chronischer Arthritis mit Schwellung der Gelenkkapseln.

Hohmann-München.

50) Diskussion über Arthritis deformans des Schultergelenks. (Vortrag von Ewald.) Biolog. Abt. des ärztl. Vereins Hamburg 21. III. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 23.)

Haenisch: Kommt seltener vor, weil die Schulter nicht so den Schädlichkeiten ausgesetzt ist, wie Knie, Hüfte und Ellenbogen und weil die Belastung wegfällt. Röntgenbefunde schwer zu erheben, wegen wechselvoller Einstellung. Diagnostisch verwertbar sind Spitzen am Uebergang der unteren Kopfkontur in den Schaft, am oberen Kopfpol seltener, am tub. majus, am oberen und mehr noch am unteren Rande der facies glenoidalis. — Fraenkel: Bei 509 Leichen (darunter :07 zwischen 30 und 90 Jahren) fand sich bei 91 Arthritis deformans. Nur 5 mal an einem Gelenk, dem rechten Kniegelenk, 30 mal an 2 Gelenken (20 mal die Kniegelenke), 3 Gelenke 3 mal, 4 Gelenke 15 mal. Im Ganzen 78 Kniegelenke, 47 Hüftgelenke, 29 Ellenbogengelenke, 28 Schultergelenke, 26 Fussgelenke. Ueber Finger- und Handgelenke fehlen Angaben, weil aus kosmetischen Gründen eine Untersuchung nicht stattfand. An Schultergelenken war niemals eine isolierte Erkrankung. Hier keine eigentlichen Prädilektionsstellen, teils waren die Randzonen erkrankt, teils Knorpelusuren und Knochenwucherungen am Kopfpol. Röntgenologisch oft nichts nachzuweisen. — Simmonds: Unter mehr als 1000 Kniegelenken in 50 % aller Fälle jenseits des 45. Jahres arthrit. Veränderungen. Vorstellung arthritischer Prozesse an 4 Präparaten veralteter Schultergelenksluxation. Auch die alte, leere Pfanne zeigt solche Veränderungen. — Plate: Auch trotz Zacken an Gelenken im Röntgenbilde sind viele Leute arbeitsfähig. — Preiser: Nur bei äusserster Aussenrotation und parallelem Aufruhen des Schulterblatts auf der Platte bekommt



man ein richtiges Uebersichtsbild. Auch Zackenbildung am Akromion. — Deutschländer: Weiterwerden der Sponziosamaschen, Kalkarmut und Verdünnung der Bälkchen sind Zeichen der Arthritis. — Haenisch hat dies nicht gesehen, sondern nur bei infektiösen Arthritiden. **Hohmann**-München.

51) **Quensel.** Medizin. Gesellsch. Leipzig. 7. III. 11. (Ref. Münch. med. W. 1911, Nr. 22.)

1. Neuritis des nervus suprascapularis. 23 jähr. Mann mit akutem Gelenkrheumatismus im Juni 1910 in beiden Fussgelenken und im linken Schultergelenk. Seit Juli 1910 Mattigkeit und Schmerzen in der Schulter, Abmagerung. August: Hebung des Armes über die Horizontale nur unvollkommen, Auswärtsrollung erschwert, Atrophie des Musc. supra- und infraspinatus mit E A R. Rückbildung.

2. Rheumatismus chron. mit Versteifung des Schultergelenks. Atrophie der Schultermuskulatur, besonders des musc. supra- und infraspinatus bei normaler elektrischer Erregbarkeit. Oft Beteiligung des um die spina scapulae verlaufenden nervus suprascapularis vorhanden. **Hohmann**-München.

52) **Lenzmann** (Duisburg). Wiss. Wanderversammlung des Aerztevereins Duisburg usw. 30. IV. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 28.)

Einkeilungsbruch des unteren Femurendes. Durch Fall aus beträchtlicher Höhe aufs Knie entstand eine Einkeilung in das Kondylenende des Femur. Geeignet zur Nagelextension. **Hohmann**-München.

53) **Eduard Müller.** Aerztl. Verein Marburg 4. III. 1911. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 23.)

Ischias. Ist meist eine Neuritis und nicht eine Neuralgie. Kardinalsymptome frischer Fälle sind neben den Schmerzen und Druckpunkten das Lasègnesche Symptom (Dehnung des Nerven durch passives Erheben des im Knie gestreckten Beins im Hüftgelenk, dabei Schmerzen) und Abschwächung oder Aufhebung des Achillessehnenreflexes der kranken Seite. Letzteres besteht bei der Hälfte der Fälle. Ausser der üblichen Behandlung empfiehlt M. die J. Langeschen Eukaininjektionen.

Hohmann-München.

54) **Goebel.** Allgem. ärztl. Verein Köln 3. IV. 1911. (Ref. Münch. med. W. 1911, Nr. 23.)

1. Luxation des Fusses im talo-naviculargelenk nach Fall aus grosser Höhe.

2. Isolierte Subluxation des naviculare pedis nach oben nach Fall aus Stockwerkhöhe.

3. Isolierte Totalluxation des naviculare pedis auf den Taluskopf durch Fallen nach hinten bei völlig fixiertem Fuss.

Hohmann-München.

55) **Preleitner.** Gesellsch. f. inn. Med. und Kinderheilkunde Wien. 8. VI. 11. (Ref. Münch. med. Woch. 1911, Nr. 28.)

Fraktur einer Exostose der Tibia. Das Frakturstück soll exstirpiert werden. **Hohmann**-München.



Personalnotizen.

Bonn: Der Privatdozent für Chirurgie und Orthopädie Dr. A. Machol wurde zum Oberarzt der chirurgischen Klinik ernannt und erhielt zugleich das Prädikat „Professor".

Dr. F. U. Burlington ist zum Professor der Orthopädie an der Vermont-Universität ernannt worden.

Den 100. Röntgenkursus hält im Dezember die Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas", Berlin, Friedrichstrasse 131 d. ab.

Berichtigung.

In Heft 11 ist auf Seite 452 irrtümlich der Name „Hübscher" statt „Hübosser" bei Besprechung der Lane'schen Klammern genannt worden.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Sachregister.

Die **fett** gedruckten Zahlen bezeichnen Original-Arbeiten.
Bz. = Buchanzeige. P. = Personalien.







I.

J.

K.

L.



O.

P.



Q.

R.

S.





T.

U.



Namen-Register.

C.

D.

E.

F.

G.





